

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA COMPLEXO E INTERPESSOAL NA
RELAÇÃO COM A PSICOPATOLOGIA**

Isabel Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA COMPLEXO E INTERPESSOAL NA
RELAÇÃO COM A PSICOPATOLOGIA**

Isabel Duarte Silva

Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Joana Henriques Calado.

Aos meus colegas da Faculdade e amigos.

À minha família.

Resumo

Esta dissertação do domínio da Psicologia Clínica estuda o trauma complexo e interpessoal na relação com a psicopatologia. Esta investigação têm quatro objetivos principais: (1) fazer uma comparação entre os resultados do trauma complexo num Grupo com Evidências de Trauma Interpessoal (GCTI) e, o seu grupo de controlo, Grupo Sem Evidências de Trauma Interpessoal (GSTI); (2) fazer uma comparação entre os resultados de sintomatologia psicopatológica no GCTI e o GSTI; (3) fazer uma análise das relações entre as diferentes dimensões do trauma complexo e as diferentes escalas e índices de sintomatologia psicopatológica; (4) fazer uma predição das dimensões do trauma complexo consoante as escalas e índices de sintomatologia psicopatológica. As amostras são constituídas por dois grupos: o grupo experimental, GCTI, constituído por 25 participantes da população geral e o seu grupo de controlo, GSTI, constituído por 38 participantes da população geral. Foram utilizados três questionários de autorrelato: o *Life Event Checklist for DSM-5* (LEC-5), o *Self-Report Inventory of Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI). Nos resultados observa-se uma média superior no GCTI na dimensão ‘somatização’ do trauma complexo do SIDES-SR na comparação com o GSTI. O GCTI apresentou médias superiores nas escalas e índices do BSI ‘somatização’, ‘sensibilidade interpessoal’, ‘ansiedade’, ‘ansiedade fóbica’, ‘IGS’ e ‘TSP’ do BSI na comparação com o GSTI. O estudo ainda revelou que existem relações positivas entre as dimensões do trauma complexo do SIDES-SR e o ‘IGS’ do BSI, excetuando a dimensão ‘somatização’ no GCTI. Nos modelos de regressão encontraram-se escalas de sintomatologia psicopatológica que são preditoras das dimensões do trauma complexo, e.g. a escala ‘ideação paranoide’ do BSI que é preditora de quatro dimensões diferentes do SIDES-SR no GCTI. Esta investigação permitiu compreender o impacto que as experiências de trauma interpessoal podem ter no funcionamento psicológico, nomeadamente ao nível do desenvolvimento do trauma complexo e de psicopatologia. Sugere-se para futuros estudos, investigar a influência de diferentes tipos de trauma interpessoal e compreender o papel da idade como mediador para o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Trauma Interpessoal; Trauma Complexo; Psicopatologia; Psicologia Clínica

Abstract

This dissertation from the Clinical Psychology field studies complex and interpersonal trauma in its relation to psychopathology. This investigation has four main aims: (1) to make a comparison between the results of complex trauma in a Group with Evidences of Interpersonal Trauma (GCTI) and its control group, Group without Evidences of Interpersonal Trauma (GSTI), (2) to make a comparison between the results of psychopathological symptoms in GCTI and GSTI, (3) to make an analysis of the relations between the different dimensions of complex trauma and the different scales and indices of psychopathological symptoms, and (4) to predict the dimensions of Complex Trauma using the scales and indices of psychopathological symptoms. Two groups constitute the samples: the experimental group, GCTI, with 25 participants from the general population, and its control group, GSTI, with 38 participants from the general population. For this investigation three self-report questionnaires were used: the Life Event Checklist for DSM-5 (LEC-5), the Self- Report Inventory of Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR) and the Brief Symptom Inventory (BSI). The results only revealed one significant difference between the means of the dimensions of Complex Trauma in SIDES-SR for GCTI and GSTI, which was for the ‘somatization’ dimension, superior in GCTI. GCTI presented superior results in comparison to GSTI in the ‘somatization’, ‘interpersonal sensibility’, ‘anxiety’ and ‘phobic anxiety’ scales of BSI in comparison to GSTI. This study also demonstrated that positive correlations exist for GCTI between the dimensions of complex trauma in SIDES-SR and the ‘IGS’ in BSI, except for the ‘somatization’ dimension. At last, it was found that several psychopathological symptoms predict compromised dimensions in complex trauma, such as for example, the ‘paranoid ideation’ scale in BSI predicts compromised functioning in four different dimensions of SIDES-SR in GCTI. This investigation demonstrated the impact that experiences of interpersonal trauma can have in the functioning of a person, promoting a development of symptoms associated to complex trauma and psychopathology. In future studies, it is suggested that there is a more in depth study on how different types of interpersonal trauma can influence these symptoms, as well as understand how age can act as a mediator for their development.

Key-words: Interpersonal Trauma; Complex Trauma; Psychopathology; Clinical Psychology

Índice

Resumo	i
<i>Abstract</i>	ii
Índice	iii
Índice de Quadros	iv
<i>Introdução</i>	1
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Trauma Complexo e Trauma Interpessoal	2
1.2. Trauma Interpessoal e Psicopatologia	9
2. Objetivos e Hipóteses	16
3. Método	17
3.1. Participantes	17
3.2. Instrumentos	18
3.2.1. Questionário sociodemográfico	18
3.2.2. LEC-5 – <i>Life Event Checklist from DSM-5</i>	18
3.2.3. SIDES-SR – <i>Self- Report Inventory of Disorders of Extreme Stress</i>	19
3.2.4. BSI – <i>Brief Symptom Inventory</i>	20
3.2. Procedimento	21
4. Resultados	22
4.1. Comparação entre Resultados Médios relativos ao Trauma Complexo do SIDES-SR nos grupos GCTI e GSTI.	23
4.2. Comparação entre Resultados Médios relativos às Escalas e Índices Psicopatológicos do BSI nos Grupos GCTI e GSTI.	24
4.3. Análise das Relações entre as Dimensões do Trauma Complexo e Escalas e Índices Psicopatológicos no GCTI.	25
4.4. Análise das Relações entre as Dimensões do Trauma Complexo e Escalas e Índices Psicopatológicos no GCTI.	27
5. Discussão	28
<i>Conclusão</i>	34
Referências Bibliográficas	37

Índice de Quadros

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Sem Evidência de Trauma Interpessoal (GSTI).....17

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Com Evidência de Trauma Interpessoal (GCTI)18

Quadro 3

Resultados da Comparação dos Resultados Médios nas Cinco Dimensões de Trauma Complexo do SIDES-SR no Grupo Sem Evidências de Trauma Interpessoal (GSTI) e no Grupo Com Evidências de Trauma Interpessoal (GCTI).....23

Quadro 4

Resultados da Comparação dos Resultados Médios nas Escalas e Índices Psicopatológicos do BSI no Grupo Sem Evidências de Trauma Interpessoal (GSTI) e no Grupo Com Evidências de Trauma Interpessoal (GCTI).....24

Quadro 5

Resultados das Correlações entre as Escalas e Índices de Sintomatologia do BSI e as Sete Dimensões do SIDES-SR no Grupo com Trauma Interpessoal (GCTI).....26

Quadro 6

Resultados das Análises de Regressão Linear das Escalas e Índices de Psicopatologia do BSI Predictoras das Dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR no Grupo Com Trauma Interpessoal (GCTI).....27

Introdução

A escolha deste tema deriva de tentar compreender de que forma diferentes experiências de trauma interpessoal podem levar a desenvolver um quadro sintomatológico mais complexo que aquele detetado em situações pontuais, que costumam ser detetados no diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT). Após diferentes pesquisas realizadas deparei-me com o diagnóstico de Trauma Complexo, que até então não conhecia. Procurei desta forma entender de que forma experiências de trauma interpessoal podem derivar numa resposta prolongada ao *stress* na configuração de Trauma Complexo, e como estas mesmas experiências podem também vir a manifestar-se através de sintomatologia de Psicopatologia. Considero este tema pertinente pois apesar de o trauma interpessoal ser difícil de avaliar, pois de parte de um relato interno de sofrimento dentro de um contexto interpessoal, é fundamental compreender de que forma o mesmo pode desencadear diferentes respostas ao *stress* que não aquelas detetadas através do PSPT, de forma a poder intervir da forma mais eficaz possível numa abordagem clínica e aprofundada. Numa vertente pessoal, escolhi este tema devido a diferentes formações e trabalhos voluntários que realizei ao longo do meu percurso académico que me permitiram observar a um nível prático quais as repercussões que diferentes tipo de trauma interpessoal podem ter no funcionamento de pessoas, nomeadamente em casos de abuso sexual infantil e em casos extremos de disfunção familiar. Para o meu estágio curricular, escolhi trabalhar com populações de crianças e adolescentes com vulnerabilidades face a situações de trauma interpessoal dentro dos seus contextos familiares, para assim conseguir compreender de que forma estas experiências podem moldar o desenvolvimento de psicopatologia.

Este estudo está organizado em diferentes secções. Em primeiro lugar será apresentado o enquadramento teórico, que abordará a revisão de literatura sobre o trauma interpessoal, Trauma Complexo e Psicopatologia. De seguida, encontra-se a formulação dos objetivos e hipóteses do presente estudo. Depois, apresenta-se o método utilizado, incluindo a descrição dos participantes, dos instrumentos e do procedimento da investigação. Após esta secção, encontra-se a exposição dos resultados que foram obtidos, e posteriormente a sua discussão com as conclusões e limitações do presente estudo, tal como as suas respetivas implicações e sugestões para posteriores investigações.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Trauma Complexo e Trauma Interpessoal

Em meados dos anos 70, quando o diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) foi por primeira vez proposto, havia pouca literatura disponível sobre o trauma que permitisse a construção do diagnóstico, pois a mesma era escassa (Luxenberg, Spinazzola, & Van der Kolk, 2001). De forma a construir este diagnóstico, o comité da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-III citado por Luxenberg et al., 2001) encarregue de construir o mesmo baseou-se em literatura que tinha estudado a sintomatologia presente em populações de adultos traumatizados que tinham estado em situação de combate ou que eram sobreviventes do holocausto (Luxenberg et al., 2001). No entanto, antes de ser incluído no DSM-III houve um rápido crescimento de investigação e literatura que confirmou a sua relevância como diagnóstico pois aplicava-se a uma grande variedade de populações traumatizadas, como por exemplo, sobreviventes de violação, crianças abusadas, sobreviventes de acidentes e desastres e violência doméstica (Luxenberg et al., 2001). A PSPT têm uma prevalência elevada e têm um potencial impacto debilitante na vida dos indivíduos que a sofrem (Luxenberg et al., 2001). Para um indivíduo ser diagnosticado com PSPT deve ter passado por uma situação traumática que colocou em perigo a sua vida ou integridade física e psicológica e com isto ter experienciado sentimentos de medo, desamparo ou terror como resposta (Luxenberg et al., 2001). Deve também continuar a experienciar internamente o evento (e.g., através de pesadelos, *flashbacks*, pensamentos intrusivos, ou aflição fisiológica e psicológica face lembranças do evento) e procurar evitar lembranças do mesmo (e.g., evitar temas de conversa, pensamentos ou sentimentos que remetam para o evento, evitar pessoas ou lugares que lembrem ao evento, ou dificuldade em lembrar-se de detalhes do evento) (Briere, & Spinazzola, 2015; Luxenberg et al., 2001). Ainda devem apresentar uma sobre-estimulação persistente (e.g., dificuldade em adormecer, irritabilidade aumentada, problemas de concentração) (Briere, & Spinazzola, 2015; Luxenberg et al., 2001).

No entanto este diagnóstico captura apenas um aspeto limitado das respostas que se podem desenvolver ao trauma (Briere, & Spinazzola, 2015). Um dos aspetos críticos a partir dos quais as respostas ao trauma se formulam é o nível de desenvolvimento em que o trauma ocorre e se o mesmo ocorre no contexto de relação com figuras de apoio

ou no contexto de um relacionamento íntimo (Luxenberg et al., 2001; Resick et al., 2012). Vitimas de um acidente de transportes ou de um desastre natural têm uma apresentação clínica bastante diferente aos indivíduos que sofreram de trauma interpessoal pelas suas figuras de apoio (Ben-Ezra et al., 2018; Fowler et al., 2013; Luxenberg et al., 2001). Neste estudo, por figuras de apoio entende-se por pessoas que fazem parte do contexto próximo do indivíduo, sejam familiares, figuras escolares ou parceiros de relacionamentos íntimos (O'Hagan, 2006). Enquanto que o diagnóstico de PSPT representa bem os indivíduos que passaram por experiências traumáticas pontuais, os indivíduos que passaram por experiências de trauma interpessoal costumam apresentar um quadro mais complexo de sintomatologia (Briere, & Spinazzola, 2015; Eidhof et al., 2019; Luxenberg et al., 2001; Resick et al., 2012).

O conceito de Perturbação de Stress Pós-traumático Complexo (Trauma Complexo) foi desenvolvido por Herman (1992) e estudado por diferentes autores de forma a tentar enquadrar a sintomatologia que surge em indivíduos com histórias de múltiplos traumas interpessoais de duração prolongada ao longo do tempo (Ben-Ezra et al., 2017; Luxenberg et al., 2001; Spitzer et al., 2009; Resick et al., 2012). O trauma interpessoal caracteriza um relato de sofrimento psicológico, procedente de maus-tratos verbais, físicos ou sexuais aos quais o indivíduo esteve exposto por parte de diferentes figuras de apoio (Chen et al., 2020; Hodges et al., 2013; O'Hagan, 2006; Stadtmann et al., 2018; Van Dijke, Hopman, & Ford, 2018). Enquanto que o PTSP está associado a incidentes de natureza única, numa exposição traumática adulta, que leva ao desenvolvimento de sintomas que têm por base ansiedade (Ben-Ezra et al., 2017), o Trauma Complexo está associado a uma exposição crónica de traumas interpessoais, como por exemplo, trauma crónicos infantis, abuso sexual infantil e diversas formas de traumas infantis, que desencadeiam uma multiplicidade de respostas (Ben-Ezra et al., 2017; Spitzer et al., 2009). Este diagnóstico foi proposto tanto por a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde na sua décima primeira revisão (ICD-11 citado por Ben-Ezra et al., 2017; Hyland et al., 2017; Resick et al., 2012; Stadtmann et al., 2018), e atualmente é incluído no mesmo como Perturbação de Stress Extremo Não Especificado (DESNOS) ou Trauma Complexo. No entanto, o Trauma Complexo não é ainda reconhecido como um diagnóstico separado do PTSP pelo comité do DSM, devido a sobreposição de sintomatologia que o Trauma Complexo apresenta com o PTSP (Knefel et al., 2019; Resick et al., 2012). Numa triagem realizada pelo comité do DSM-IV, apenas 8% dos sujeitos que correspondiam

ao diagnóstico de DESNOS ou Trauma Complexo não cumpriam os critérios diagnósticos para a PSTP (Knefel et al., 2019). Ainda, alguns autores ponderam se a sintomatologia que se desenvolve como resposta a diferentes traumas interpessoais poderão caracterizar o Trauma Complexo ou derivar numa série de perturbações personalidade e perturbações psicológicas (Van Dijke et al., 2018). No entanto, diversos estudos continuam a apontar para a relevância do Trauma Complexo como um diagnóstico separado devido a que sujeitos com um histórico de trauma interpessoal prolongado e agravado têm pouca probabilidade de corresponder ao diagnóstico de PTSP, devido à extensão da sua sintomatologia, assim como a relevância clínica do diagnóstico numa intervenção psicológica completa (Eidhof et al., 2019; Knefel et al., 2019; Luxenberg et al., 2001; Van Dijke et al., 2018).

Diferentes autores estudaram e desenvolveram quais as dimensões principais comprometidas em indivíduos que sofreram de traumas interpessoais com uma duração prolonga e repetida e, portanto, que se enquadrariam no diagnóstico de Trauma Complexo. As principais áreas comprometidas nestes sujeitos são: regulação de afetos e impulsos, alteração de estados de atenção e consciência, auto-perceção, relação com os outros, somatização e sistema de significados (Briere, & Spinazzola, 2015; Cloitre et al., 2009; Courtois, 2014; Dorahy et al., 2017; Eidhof et al., 2019; Ford et al., 2013; Karatzias et al., 2018; Kulkarni, 2017; Luxenberg et al., 2001; Resick et al., 2012; Spitzer, 2009; Stadtmann et al., 2018; Taycan, & Yildirim, 2015; Van Dijke et al., 2018).

A perturbação de regulação de afetos e impulsos do Trauma Complexo é caracterizada por reações extremas a estímulos neutros e estados de afetos extremos que deriva em dificuldade de encontrar formas de apaziguamento, e que desencadeia problemas em controlar os impulsos (Ben-Ezra et al., 2017; Courtois, 2014; Luxenberg et al., 2001). Tendem a utilizar estratégias para regular os seus afetos e impulsos que são pouco eficazes (Ben-Ezra et al., 2017; Briere, & Spinazzola, 2015), como por exemplo supressão emocional (Karatzias et al., 2018), ou autoagressivas, como por exemplo, automutilações, utilização de substâncias tóxicas, perturbações alimentares ou atividade sexual que pode ser compulsiva (Briere, & Spinazzola, 2015; Courtois, 2014; Luxenberg et al., 2001; Stadtmann et al., 2018). A presença de experiências de trauma interpessoal sucessivas desencadeiam *stress* e sobrecarregam o funcionamento do indivíduo (Luoni et al., 2018; Sroufe, 2013; Van Dijke et al., 2018). Quando estas experiências de trauma interpessoal se verificam em fases cruciais de desenvolvimento

de um indivíduo, pode ter surgido um compromisso no desenvolvimento de estratégias de autorregulação e o mesmo pode não ter tido estratégias suficientes para se conseguir autorregular face às mesmas (Luoni et al., 2018; Sroufe, 2013; Van Dijke et al., 2018). Em situações de trauma interpessoal num contexto de apoio, o indivíduo não pode recorrer às suas figuras de apoio para obter ou aprender fontes de regulação seguras, fazendo com que tenham que obter por sua própria conta formas de regular os seus afetos e impulsos que não são adaptativas de forma a lidar com a sua sobre-estimulação face às ameaças sentidas (Courtois, 2014; Luoni et al., 2018; Resick et al., 2012).

Por outro lado, a perturbação na alteração de atenção e consciência é caracterizada por estratégias que permitem o indivíduo não estar em contacto com a desregulação de afetos e sobre-estimulação sentida (Ben-Ezra et al., 2017; Van Dijke et al., 2018), assim como as experiências de trauma interpessoal vividas (Belli, 2014; Briere, & Spinazzola, 2015; Luoni et al., 2018; Luxenberg et al., 2001). A estratégia principal é a de dissociação, que consiste em separar as vivências das experiências de trauma interpessoal do seu funcionamento consciente diário (Belli, 2014; Ben-Ezra et al., 2017; Briere, & Spinazzola, 2015; Courtois, 2014; Luoni et al., 2018; Luxenberg et al., 2001; Van Dijke et al., 2018). Esta falha de integração deriva numa descontinuidade de consciência, memória, identidade, perceção, representação corporal e comportamental (Courtois, 2014; Van Dijke et al., 2018). Os indivíduos que passaram por experiências de trauma interpessoal tenderam a ter uma perturbação neste âmbito pois é frequente serem confrontados com situações que relembram as suas experiências traumáticas, nomeadamente, no âmbito dos seus relacionamentos interpessoais (Luoni et al., 2018; Luxenberg et al., 2001). Ao terem os seus afetos e vivências dissociados, conseguem distanciar-se de afetos difíceis que relembram as suas experiências traumáticas no seu dia a dia e nos seus relacionamentos interpessoais, esquecendo-se dos mesmos (Luoni et al., 2018; Luxenberg et al., 2001). No entanto, os afetos e o conteúdo traumático dissociado pode voltar a entrar na consciência destes indivíduos após entrar em contacto com diferentes estados emocionais como por exemplo depressão ou raiva, tornando a sua gestão da sua funcionalidade do dia a dia mais difícil (Luxenberg et al., 2001; Luoni et al., 2018; Stadtmann et al., 2018).

A perturbação na auto-perceção é caracterizada por crenças negativas do próprio, com conteúdos de desamparo, danificação e indesejabilidade face aos outros (Luxenberg et al., 2001; Stadtmann et al., 2018). Esta perturbação pode desenvolver-se devido ao estado dissociado que leva a terem dificuldade em reconciliar o que viveram

na percepção de quem e de como percebem o mundo (Belli, 2014; Courtois, 2014; Luoni et al., 2018; Luxenberg et al., 2001). Mas também desenvolvem estas crenças devido às experiências de trauma interpessoal no contexto de apoio (Ben-Ezra et al., 2017), pois sofreram as mesmas no sítio que deveria ser uma fonte de confiança, acabando por justificar as experiências desenvolvendo a crença que foram eles próprios que provocaram as experiências de maus-tratos, sentindo uma responsabilidade inapropriada perante as suas próprias ações (Luxenberg et al., 2001; Simon et al., 2019), derivando também em sentimento baixos de autoestima e de sentimentos de culpa e vergonha (Stadtman et al., 2018). O desenvolvimento destas crenças potencia a percepção negativa que o indivíduo têm de apoio social, acusando-se a si próprias das suas experiências negativas e sentindo que ninguém vai compreender as suas experiências, o que promove também dificuldades nos relacionamentos interpessoais assim como na procura de apoio (Luxenberg et al., 2001; Luoni et al., 2018).

A perturbação na relação com os outros é caracterizada por diferentes padrões relacionais que têm por base uma perturbação nas relações interpessoais (Ben-Ezra et al., 2017; Courtois, 2014; Dorahy et al., 2017; Luxenberg et al., 2001; Van Dijke et al., 2018). Apresentam dificuldades em desenvolver e manter relacionamentos interpessoais (Ben-Ezra et al., 2017). As experiências de trauma interpessoal levam a que estes indivíduos tenham, por um lado, dificuldade em confiar nos outros podendo ter comportamentos que vitimizam os outros (Luxenberg et al., 2001), e por outro lado aumenta a vulnerabilidade de fatores que pode promover ou agravar as experiências de trauma interpessoal (Dagan, & Yager, 2019). Devido às experiências de trauma interpessoal já vividas, estes indivíduos tendem a não detetar sinais de perigo, tais como os seus próprios sentimentos de inquietação, magoa ou zanga, assim como outros comportamentos desadequados por parte do outro, podendo desencadear mais re-vitimizações (Dagan, & Yager, 2019; Luxenberg et al., 2001). Devido à vergonha que sentem e aos processos dissociativos aos que estão expostos, apresentam também níveis elevados de ansiedade, depressão e medo perante relações interpessoais (Dorahy et al., 2017).

Como o presente estudo têm como vertente principal o estudo do trauma interpessoal no desenvolvimento de sintomatologia Trauma Complexo, é de seguida explorado de que forma uma perturbação na relações com os outros pode derivar da experiência de traumas interpessoais de forma mais extensa. O autor Courtois (2013) detetaram diferentes tipos de padrões relacionais em indivíduos com Trauma Complexo

podem estabelecer como resultado às suas experiências de trauma interpessoal. Podem adotar um padrão relacional que têm por base uma responsabilidade extrema face aos outros, focando-se de forma extensa nas necessidades dos outros, sem ter em consideração as suas próprias necessidades, reforçando o processo dissociativo face as suas próprias necessidades (Courtois, 2014). Ainda, a capacidade reduzida que estes indivíduos para conseguir procurar ajuda e obter uma resposta do outro nas suas dificuldades levam que tenham dificuldade em gerir a sua desregulação emocional, podendo este desencadear comportamentos impulsivos agressivos (Courtois, 2014; Dagan, & Yager, 2019; Dyer et al., 2009; Van Dijke et al., 2018). Esta agressividade pode surgir em parte como forma de evitar medo e como uma adaptação de sobrevivência, característico de um estado de hipervigilância (Dyer et al., 2009; Van Dijke et al., 2018). Pode ser deslocada a figuras de autoridade, dentro ou fora da família, expressa de forma direta ou através de passivo-agressividade (Courtois, 2014; Dyer et al., 2009), mas também pode ser dirigida ao próprio através de comportamentos de auto-lesão, comportamentos suicidários ou comportamentos derrotistas (Courtois, 2014; Dagan, & Yager, 2019; Dyer et al., 2009). Estes comportamentos impulsivos diminuem a possibilidade de aceder a comportamentos que ativem experiências positivas, o que acerba o autoconceito negativo do sujeito contribuindo assim para mais comportamentos agressivos dirigidos ao próprio como forma de autorregulação (Dagan, & Yager, 2019; Van Dijke et al., 2018).

Outra variante relacional característica de indivíduos que passaram por experiências de abuso interpessoal é o evitamento completo de relacionamentos interpessoais (Ben-Ezra et al., 2017; Courtois, 2014; Dagan, & Yager, 2019; Van Dijke et al., 2018). Pode constituir-se como um padrão ao longo da vida, e inclui um processo de dissociação ativo (Courtois, 2014). Normalmente este é visto em pessoas que sofreram as formas de vitimização mais serias e prolongadas sem proteção, suporte ou apaziguamento, resultando numa dificuldade em confiar e se sentir em segurança (Courtois, 2014; Dagan, & Yager, 2019). Por último, os indivíduos que em crianças foram erotizados podem relacionar-se com outros de uma forma principalmente sexualizada (Courtois, 2014). Este padrão pode demarcar-se mantendo os outros a uma distância relativa devido a desconforto (Bigras, Gobout, & Briere, 2012; Van Dijke et al., 2018), ou de forma alternativa, envolvendo-se sexualmente com elas, resultando em mais uma experiência de vitimização (Courtois, 2014). Em idade adulta pode levar à exposição compulsiva de atividade sexual (exibicionismo, pornografia ou prostituição)

ou a outros tipos de comportamentos sexuais problemáticos (sodomismo, relacionamentos promíscuos, ou sexo desprotegido, adições sexuais) (Courtois, 2014). Mas também pode levar a que tenham dificuldades acrescidas nos seus relacionamentos sexuais, nomeadamente apresentando elevada ansiedade ou dificuldade acrescida em obter satisfação nos relacionamentos sexuais (Bigras et al., 2012).

A perturbação de somatização característica do Trauma Complexo é caracterizada por queixas físicas persistentes que desafiam explicações e intervenções medicas (Luxenberg et al., 2001; Spitzer et al., 2009; Stadtmann et al., 2018). Apresentam também diferentes dificuldades somáticas pouco usuais para as quais não existe uma causa específica, tais como cegueira temporária, formigueiro nas extremidades e atividade semelhante a convulsões (Luxenberg et al., 2001). Ao perderem a capacidade de pôr palavras às suas experiências traumáticas, os sintomas físicos podem servir como uma forma simbólica de comunicar o seu sofrimento emocional, pois a expressão de afetos não foi promovida (Luxenberg et al., 2001). Esta perturbação desenvolve-se também devido à dificuldade em ajustar o seu nível de excitação fisiológica, o que sugere que o seu sistema nervoso se tornou supra-responsivo a estímulos previamente inócuos (Luxenberg et al., 2001). Também é característico de indivíduos com esta perturbação uma supra-ativação do sistema simpático e parassimpático, que se verifica na sua resposta de sobressalto exacerbada, (Luxenberg et al., 2001). Indivíduos com um trauma complexo subproduzem cortisol, que serve como uma hormona antistress que sinaliza a supressão de diversas respostas relacionadas com o *stress*, o que leva ao desenvolvimento de sentimentos gerais de ansiedade e de sobre-estimulação, tais como hipersensibilidade, (Luxenberg et al., 2001). A perturbação ao nível da somatização age também como uma forma de regular o excesso de afetos e as relações interpessoais, devido as dinâmicas que surgem entre as pessoas com uma perturbação neste âmbito e as pessoas envolvidas no seus relacionamentos interpessoais (Van Dijke et al., 2015).

Por último a perturbação do sistema de significados do indivíduo é caracterizado por uma sensação de perda de significado na vida (Luxenberg et al., 2001). Podem adotar o ponto de vista que as pessoas estão por si sós e podem ter uma atitude fatalista em relação à vida, antecipando que não vão conseguir fazer mudanças positivas na sua vida (Karatzias, 2018; Luxenberg et al., 2001). Os indivíduos que internalizaram o padrão de trauma interpessoal desistem de tentar progredir no seu desenvolvimento e prendem-se a um estado de ‘desamparo aprendido’, em que predomina a crença de que

não existe controlo sobre o resultado de situações adversas, o que promove a utilização de estratégias para lidar com o seu sofrimento que não são adaptativas (Luxenberg et al., 2001).

O Trauma Complexo é, portanto, uma representação de adaptações de desenvolvimento perante uma exposição de diversas experiências de trauma interpessoal em fases sensíveis de desenvolvimento, que engloba um processamento alterado dos afetos ou emoções, alteração de atenção consciência e auto-percepção, somatização e uma disrupção nos relacionamentos interpessoais (Van Dijke et al., 2018). O estudo realizado por Van Dijke et al. (2018) encontrou relações de mediação entre as diferentes dimensões do Trauma Complexo, experiências de trauma interpessoal no contexto de figuras de apoio, e o desenvolvimento de uma configuração de Trauma Complexo como resposta às mesmas. Uma das hipóteses para o desenvolvimento do Trauma Complexo face a situações de trauma interpessoal no contexto de figuras de apoio é a perturbação que se desenvolve na vinculação com as figuras de apoio principais (D'Andrea et al., 2012), que depois deriva em diferentes respostas de Trauma Complexo na vida adulta. No entanto, também pode haver uma manifestação sintomatológica a nível de Psicopatologia que irá ser explorado na seguinte subsecção.

1.2. Trauma Interpessoal e Psicopatologia

Alguns autores referem que existe pouco conhecimento empírico sobre como experiências de trauma interpessoal podem derivar no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, e que a relação entre ambas é complexa (Chen et al., 2020; D'Andrea et al., 2012; Read et al., 2005; Van Dijke, 2015). No entanto alguns estudos mostram como crianças e adolescentes que passaram por diferentes experiências de trauma interpessoal têm mais probabilidade de vir a desenvolver sintomatologia psicopatológica e a ter pelo menos um diagnóstico clínico (Brietzke et al., 2012; Chu et al., 2013; Fischer et al., 2016; Keyes et al., 2012; Read et al., 2005). Os autores Keyes et al. (2012) pontuam que experiências de trauma interpessoal, nomeadamente na infância, têm uma associação forte com o desenvolvimento de Psicopatologia e que este risco não é específico, pois as associações diretas ao desenvolvimento de perturbações mentais específicas são complexas. Apesar de haverem estudos que tentaram ligar as experiências de trauma interpessoal ao desenvolvimento de psicopatologia específica,

nomeadamente de obsessões e compulsões e ansiedade (Belli, 2014; De Silva, & Marks, 1999; Van Assche et al., 2019; Walters et al., 2020), depressão e comportamento hostil (Abela, & Skitch, 2007; Chen et al., 2020; Infurna et al., 2016; Nanni, Uher, & Danese, 2012; O'Mahen et al., 2015) e psicose (Bendall et al., 2008; Keyes et al., 2012; Read et al., 2005, 2006), assim como perturbações de somatização (Brown et al., 2005; David et al., 2005; Lackner, Gudleski, & Blanchard, 2004) estes mesmo estudos não tiveram em conta a comorbilidade de Psicopatologia que os participantes poderiam ter. Existem ainda autores que tentam compreender a natureza do desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica em situações de trauma interpessoal. Stadtmann et al. (2018) refere que em situações de trauma interpessoal os indivíduos podem desenvolver adaptações comportamentais de forma a lidar com as condições de vida traumáticas. Estas estratégias, podem acabar por transformar-se em sintomas psicopatológicos se persistirem, pois ao sair das condições de vida traumáticas, já não se encontram sob as mesmas condições de perigo, e estas mesmas estratégias, tornam-se desadaptativas (Stadtmann et al., 2018). No entanto, a sintomatologia psicopatológica pode também derivar como uma sequela da exposição ao *stress* aos quais os indivíduos estiveram sujeitos, e a sintomatologia psicopatológica surge como uma manifestação com significado das mesmas (O'Mahen et al., 2015; Read et al., 2006).

Diferentes estudos exploraram como a sintomatologia obsessiva compulsiva e de ansiedade pode derivar de uma exposição de eventos de trauma interpessoal. A sintomatologia obsessiva compulsiva é caracterizada por pensamentos intrusivos e recorrentes e rituais que aliviam estes mesmos pensamentos (Belli, 2014; De Silva & Marks, 1999; Luoni et al., 2018). Este tipo de sintomatologia normalmente é desencadeado a partir de um evento traumático, que despoleta uma série de obsessões normalmente associados ao conteúdo do evento traumático (De Silva & Marks, 1999). Devido aos afetos e ansiedade que este episódio desencadearam, os indivíduos vão desenvolver comportamentos que permitam conseguir aliviar os mesmo (De Silva & Marks, 1999). Uma das compulsões que se pode desenvolver como resposta a situações traumáticas interpessoais é a procura de fonte de regulação externa (Walters, 2020). As diferentes experiências de trauma interpessoal às quais foram expostas levaram a que não conseguissem desenvolver a capacidade de desenvolver a sua própria autorregulação, levando a procurar uma regulação externa (Walters, 2020). Desta mesma forma, a sintomatologia que deriva da ansiedade também pode ter por base diferentes experiências de trauma interpessoal por parte de diferentes figuras de apoio

(Van Assche et al., 2019). A sintomatologia de ansiedade deriva numa dificuldade em regular afetos e sensação de autoeficácia, que desencadeia sentimentos de sobre-estimulação assim como um nervosismo persistente (Van Assche et al., 2019). Em situações de trauma interpessoal, a figura de apoio que deveria estar presente para responder às necessidades do indivíduo, de forma a que o mesmo conseguisse obter estratégias de autorregulação (Van Assche et al., 2019). Ao sentirem-se incompetentes estão num estado de hipervigilância a sinais de abandono e rejeição por parte de diferentes figuras de apoio, ao mesmo tempo que a sua dificuldade em autorregular-se leva a que tenham uma necessidade excessiva de apoio por parte dos outros, no entanto, não são facilmente reconfortados pois acreditam que os outros não estarão lá para eles (Van Assche et al., 2019).

Outra das compulsões que se pode desenvolver a um nível interpessoal é uma preocupação excessiva pelos outros (Walters, 2020). Normalmente este é desencadeado quando uma das figuras de apoio (parentais) não está disponível para cuidar do indivíduo, e uma das estratégias de adaptação que encontra perante esta situação, é desenvolver uma preocupação excessiva pelo mesmo, e uma sensação de responsabilidade pelos outros, que também pode ser fomentada por as mesmas figuras de apoio (Walters, 2020). Em casos severos de trauma interpessoal, a atividade de obsessão compulsiva é acompanhada por sintomatologia dissociativa, que se desenvolve como resposta ao *stress* que decorreu das experiências de trauma interpessoal (Belli, 2014; Semiz, Inanc, & Bezgin, 2014). Estes sintomas dissociativos podem se desenvolver como um mecanismo de defesa em relação aos eventos traumáticos, e pode surgir como uma maneira de reduzir as respostas emocionais associadas as memórias traumáticas (Luoni et al., 2018; Semiz et al., 2014). As memórias traumáticas surgem como intrusões na consciência e no comportamento do indivíduo o que leva a uma perda de continuidade na experiência subjetiva do indivíduo. Esta manifesta-se através de sintomatologia dissociativa como despersonalização ou desrealização, o que leva a que os indivíduos através de diferentes compulsões consigam distanciar as emoções associadas às respetivas memórias (Luoni et al., 2018). A exposição crónica a informação sobre os eventos traumáticos pode aumentar o uso da dissociação como mecanismo de defesa e provocar repercussões serias no seu funcionamento (Luoni et al., 2018).

A depressão é considerada uma das consequências principais psicopatológicas como resposta a exposição de experiências de trauma interpessoal (Chen et al., 2020;

Infurna et al., 2016; Nanni et al., 2012; O'Mahen et al., 2015). A sintomatologia depressiva inclui uma tristeza difusa persistente, desespero, pouca capacidade em mostrar interesse nas atividades principais da vida, sentir uma ausência ou vazio interno, ou ideação suicida crônica que surge esporadicamente em gestos. (Courtois, 2014). O trauma interpessoal potencia o desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais que deixam o indivíduo vulnerável para com o desenvolvimento da depressão, devido às estratégias de autorregulação que os indivíduos desenvolvem com estas experiências (O'Mahen et al., 2015). Uma das estratégias de autorregulação que desenvolvem pode ser a ruminação e comportamentos de evitamento (O'Mahen et al., 2015). A ruminação depressiva consiste num foco excessivo nas causas e consequências das experiências e as emoções associadas as mesmas, assim como uma comparação da situação atual do indivíduo com um patamar não alcançado (O'Mahen et al., 2015). Segundo Beck (1967, 1983 citado por Abela, & Skitch, 2007) existem certos esquemas com conteúdo depressivo que se ativam face a situações de vida que são consideradas negativas. Estes esquemas segundo o autor, estão caracterizados por crenças negativas do próprio (ex: inadequação, deficiência), crenças negativas do mundo (ex: perda, depreciação) e do futuro (ex: que as dificuldades irão persistir e que não existe possibilidade de mudar). Quando estes esquemas são ativados, a sintomatologia depressiva é desenvolvida. Estes esquemas podem se ter instaurando devido a experiências de trauma interpessoal aos quais os indivíduos estiveram sujeitos (Infurna et al., 2016). Num estudo realizado por Gibb et al., (2003), indivíduos que passaram por experiências de trauma interpessoal por parte das suas figuras parentais, e que estas mesmas figuras parentais tinham uma percepção deles como sendo uma “falha ou indigno”, tinham mais vulnerabilidade para desenvolver sintomatologia depressiva. Em situações de trauma interpessoal por parte de figuras de apoio, os indivíduos sentem-se impotentes e com baixa autoestima (Infurna et al., 2016). Estas figuras de apoio que são a base relacional e modelos do indivíduo, levam a que o sujeito desenvolve um modelo de si negativo levando a que desenvolva sintomatologia depressiva (Infurna et al., 2016).

Segundo Snyder e Heinze (2012), esta auto-percepção negativa do próprio têm por base uma hostilidade dirigida ao mesmo, devido as circunstâncias do trauma interpessoal ao qual o mesmo foi sujeito. A forma como o indivíduo conceptualiza as experiências de trauma interpessoal vão influenciar onde dirigem a sua hostilidade, e que a zanga que sentem pode também ser dirigido aos perpetradores ou a situação do

trauma interpessoal, desencadeando também comportamentos hostis, face aos mesmos ou face a outras pessoas (Snyder, & Heinze, 2005). Os autores consideram ainda que a hostilidade deriva de uma ruminação excessiva face ao acontecimento que não consegue ser processada. Outra das estratégias utilizadas é o evitamento comportamental (O'Mahen et al., 2015). O evitamento comportamental consiste em comportamentos que pretendem reduzir situações em que possa haver punições (O'Mahen et al., 2015). Isto é devido a que em situações de trauma interpessoal os indivíduos não aprenderam a regular as suas emoções ou a tolerá-las e, portanto, evitam e retiram-se de situações que possam provocar uma sobre-estimulação dos seus afetos (O'Mahen et al., 2015).

Os eventos de trauma interpessoal aos quais um indivíduo foi exposto também podem provocar ou intensificar *stress* ou disfunção corporal, que se pode manifestar através de sintomatologia somática, que têm um impacto negativo no funcionamento do indivíduo e na sua qualidade de vida (David et al., 2005; Lackner et al., 2004; Luoni et al., 2018). Este tipo de sintomatologia somática não é explicável por fatores orgânicos, e a causa também não é atribuída a ansiedade ou depressão (Brown et al., 2005). Este tipo de sintomatologia pode incluir: dores no corpo, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, problemas respiratórios e problemas físicos no geral (David et al., 2005). Devido as diferentes experiências de trauma interpessoal aos que os indivíduos estiveram sujeitos, não obtiveram a capacidade de conseguir obter as competências necessárias de autorregulação o que desencadeia percepção inapropriadas de diferentes ameaças e uma resposta de sobressalto exacerbada (David et al., 2005). Os níveis de *stress* reativo elevados, promovem uma sensibilização ao *stress* fisiológico o que aumenta a vulnerabilidade a doenças que se desenvolvem devido ao *stress*, pois o mesmo promove um funcionamento imunitário pobre e mais queixas somáticas (Heim & Nemeroff, 2002). Alguns autores explicam como a sintomatologia somática se pode desenvolver devido a uma interação entre figuras de apoio (parentais) e os indivíduos, que potenciam o efeito dos traumas interpessoais aos quais foram sujeitos e as somatizações que se desenvolvem (Lackner et al., 2004). Em famílias nos quais existem característicos de risco elevado, nomeadamente níveis elevados de conflito, hostilidade, ou interações frias ou rejeitantes, os indivíduos não têm a capacidade de elaborar as suas competências de autorregulação emocional, fisiológica e social, o que leva a que tenham comportamentos de saúde desadaptativos (Lackner et al., 2004). Uma das explicações para o aparecimento desta sintomatologia é que a mesma também age como uma forma de dissociação dos traumas interpessoais aos quais os indivíduos estiveram sujeitos,

nomeadamente de trauma interpessoal, da consciência dos indivíduos (Brown et al., 2005). Ainda, alguns autores mencionam que as somatizações podem ter um efeito adaptativo ao *stress* que pode ser desencadeado, como por exemplo, nos casos de abuso sexual infantil, pois permitem sinalizar estes maus-tratos e iniciar o processo de intervenção de forma mais precoce (Bae et al., 2008).

Vários estudos apontam para que o trauma interpessoal têm uma associação direta para com o desenvolvimento de sintomatologia psicótica ou paranoide (Bendall et al., 2008) No entanto, Read et al., (2005) referem que existe um evitamento de estudar a ligação entre ambas, devido ao estigma associado, e que a maior parte dos estudos sobre a psicose focam-se na predisposição genética de esta Psicopatologia de forma a evitar atribuir causas que ‘culpem as famílias’ ou que vitimizem as pessoas que têm tipo de sintomatologia psicopatológica. Ainda surge também a justificação que refere que o relato de trauma interpessoal na vida das pessoas que têm sintomatologia psicótica pode não ser fiável devido ao compromisso no teste da realidade que surge nestes sujeitos (Bendall et al., 2008). No entanto, Bendall et al. (2008) consideram fundamental compreender o papel de causalidade de traumas interpessoais no desenvolver de sintomatologia psicótica de forma a conseguir trabalhar com estas populações, que a maior parte das vezes costumam apresentar um histórico de traumas interpessoais. A psicose é caracterizada principalmente por sintomatologia de alucinações, delírios e perturbação na lógica do pensamento (Read et al., 2006). Uma das explicações para o desenvolvimento de sintomatologia psicótica está relacionada por explicações que englobam processos cognitivos e comportamentais (Read et al., 2005). Ao compreender o desenvolvimento de sintomatologia psicótica, deve-se atender ao conteúdo das sintomatologia, pois pode haver alucinações e delírios que têm por base um conteúdo relacionado com as experiências de trauma interpessoal (Read et al., 2005). As experiências de trauma interpessoal, podem não ter sido integradas no funcionamento do indivíduo quando as mesmas ocorreram, e através de um processo de dissociação foram compartimentadas no funcionamento do indivíduo, e acabam por surgir na vida tardia através de sintomatologia psicótica, no formato de alucinações auditivas ou visuais, ou delírios (Read et al., 2005). Há experiências alucinatórias visuais e auditivas que surgem como memórias de eventos traumáticos de uma forma descontextualizada (Read et al., 2005, 2006). Existem por exemplo alucinações auditorias hostis e críticas comuns em episódios psicóticos que para os indivíduos que estão a experienciar pode ser mais fácil atribuir a uma entidade externa do que ao conteúdo que foi separado do

funcionamento diário (Read et al., 2005). Em situações que despoletam afetos difíceis de gerir, os indivíduos que passaram por experiências de trauma interpessoal podem sentir uma ameaça externa extrema, desencadeando episódios de paranoia, que despoletam também diferentes tipos de alucinações auditivas, e os delírios paranoides podem ser uma forma que os indivíduos têm de encontrar um sentido para as suas experiências auditivas (Read et al., 2005). Segundo os autores, o estado de hipervigilância que surge neste tipo de episódios é difícil de distinguir de o estado de hipervigilância de respostas associadas diretamente ao trauma (PSPT, Trauma Complexo), e que este tipo de experiências devem ser repensadas, atendendo ao conteúdo e se existe presença de traumas interpessoais, o que não costuma ser feito pois geralmente porque considera-se que experiências traumáticas derivam apenas em PTSP e não em sintomatologia psicótica (Read et al., 2005). Ainda os autores defendem que experiências psicóticas são comuns na população dentro de um contínuo, e que aquilo que diferencia populações clínicas de populações não clínicas são as experiências de trauma interpessoal associadas à sua sintomatologia psicótica.

De forma a compreender a complexidade sintomática que se desenvolve em vítimas com traumas interpessoais, deve-se tentar compreender o diagnóstico de Trauma Complexo em conjunto com a sua estrutura compreensiva de sintomatologia, de forma a poder aplicar uma abordagem clínica aos casos em vez de atribuir múltiplos diagnósticos para sintomas individuais, e assim resolver a fragmentação nosológica que deriva das diferentes experiências traumáticas (Taycan, & Yildirim, 2015). A falha na capacidade de se conseguir encontrar uma ligação entre os múltiplos traumas interpessoais e a sintomatologia do indivíduo pode levar a uma compreensão insuficiente e a uma abordagem eclética na compreensão da mesma (Taycan, & Yildirim, 2015).

Sendo assim, estas investigações encontraram ligações empíricas entre a exposição a trauma interpessoal e sintomatologia psicopatológica. Ao longo da revisão de literatura também foi observado como diferentes dimensões do Trauma Complexo também podem ter um papel importante no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. A relação entre trauma interpessoal, Trauma Complexo e sintomatologia psicopatológica irá ser explorada ao longo deste estudo.

2. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo terá como objetivo geral comparar dois grupos, um grupo com trauma interpessoal (GCTI) e outro grupo sem evidência de trauma interpessoal (GSTI), quanto ao nível de sintomatologia de Trauma Complexo e ao nível de Psicopatologia.

Objetivo 1: Realizar uma comparação entre os resultados médios relativos ao Trauma Complexo do SIDES-SR nos grupos GCTI e GSTI.

(H1) Espera-se que o GCTI tenha resultados médios mais elevados nas seis dimensões do SIDES-SR relativos ao Trauma Complexo na comparação com o grupo GSTI.

Objetivo 2: Realizar uma comparação entre os resultados médios relativos às escalas e índices psicopatológicos do BSI nos grupos GCTI e GSTI.

(H2) Espera-se que o GCTI apresente resultados médios mais elevados nas escalas ‘Sensibilidade interpessoal’ e ‘Depressão’ do BSI na comparação com o GSTI.

(H3) Espera-se que o GCTI apresente um resultado médio mais elevado do ‘Índice Geral de Sintomas’ (IGS) do BSI na comparação com o GSTI.

(H4) Espera-se que GCTI apresente um resultado médio mais elevado do ‘Total de Sintomas Positivos’ (TSP) do BSI na comparação com o GSTI.

Objetivo 3: Analisar as relações entre as dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR e as escalas e índices psicopatológicos do BSI no grupo GCTI.

(H5) Espera-se uma relação positiva entre as seis dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR e o ‘Índice Geral de Sintomas’ (IGS) do BSI..

(H6) Espera-se uma relação positiva entre a dimensão ‘Relação com os outros’ do SIDES-SR e a escala ‘Sensibilidade interpessoal’ do BSI..

(H7) Espera-se uma relação positiva entre a dimensão ‘Sistema de significados’ do SIDES-SR e a escala ‘Depressão’ do BSI.

Objetivo 4: Explorar os modelos preditivos das dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR baseados nas escalas e índices psicopatológicos do BSI no grupo GCTI.

3. Método

3.1. Participantes

As amostras do presente estudo foram selecionadas a partir de uma amostra geral com 338 participantes. Os participantes desta investigação dividem-se em duas amostra distintas, cada uma delas compondo um grupo. Um dos grupos, designa-se “grupo sem evidência de trauma interpessoal (GSTI)”, composto por 38 participantes e, o outro “grupo com evidência de trauma interpessoal (GCTI)”, composto por 25 participantes. A caracterização sociodemográfica de ambos os grupos encontra-se, respetivamente, nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Sem Evidência de Trauma Interpessoal (GSTI).

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Masculino	14	36.80						
Feminino	24	63.20						
Idade			37.70	8.56	37.00	37.00	24	63
Ensino								
9º ano	5	13.20						
12º ano	10	26.30						
Licenciatura ou mais	23	60.50						

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Com Evidência de Trauma Interpessoal (GCTI).

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Masculino	9	36.00						
Feminino	16	64.00						
Idade			32.24	12.87	28.00	28.00	19	74
Ensino								
6º ano	1	4.00						
9º ano	4	16.00						
12º ano	4	16.00						
Licenciatura ou mais	16	64.00						

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico utilizado é composto por 16 itens e permite recolher vários dados, entre eles o sexo, idade e escolaridade.

3.2.2. LEC-5 – *Life Event Checklist from DSM-5*

De forma a caracterizar os grupos da amostra do presente estudo, foi utilizada a versão portuguesa do LEC-5 (Duarte-Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016), adaptada da versão original de Weathers et al. (2013). É um questionário de autorrelato que têm como objetivo detetar experiências potencialmente traumáticas na vida dos participantes (Weathers et al., 2013). A primeira parte do questionário é constituída por 17 itens, sendo que 16 dos itens avaliam a exposição a eventos traumáticos específicos, e um item avalia a exposição a outras experiências traumáticas não presentes nos outros itens. Para cada categoria de eventos potencialmente traumáticos, os participantes

indicam o grau de exposição ao longo da vida, através de uma escala nominal de cinco pontos (4 = “Aconteceu-me”, 3 = “Assisti”, 2 = “Soube disso”, 1 = “Faz parte da profissão” e 0 = “Não tenho a certeza”) (Weathers et al., 2013). Desta forma, o LEC-5 permite identificar vários graus de exposição a cada experiência potencialmente traumática e, posteriormente, permite comparações entre sujeitos expostos à mesma situação traumática, em diferentes níveis de intensidade.

A segunda parte do questionário permite obter informação acerca da presença de uma situação traumática não detetada pelos 16 itens da primeira parte do questionário, e pede para descrever qual é o pior acontecimento ao qual o participante teve exposto, e de seguida, inclui sete itens para especificar o acontecimento.

A consistência interna do LEC-5 têm que superar o limite de .70 (Bae et al., 2008). No presente estudo, o LEC-5 apresenta um valor de alfa de Cronbach de .83, o que revela que é um instrumento adequado para esta investigação.

3.2.3. SIDES-SR – *Self- Report Inventory of Disorders of Extreme Stress*

Para este estudo utilizou-se a versão portuguesa do questionário SIDES-SR (Duarte-Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016), adaptado da versão original de Van der Kolk (2002). É um questionário de autorrelato que têm como objetivo avaliar a presença de Trauma Complexo ou DESNOS. Este diagnóstico é avaliado em seis dimensões sintomatológicas (Van der Kolk, 2002): regulação de afetos e impulsos, alteração de atenção e consciência, auto-perceção, relações com os outros, somatização e sistemas de significado. Estas dimensões foram descritas ao longo da revisão de literatura na subsecção 1.1.

Para cada item, os participantes têm de avaliar a presença de um sintoma específico no decorrer do seu percurso de vida, com base na resposta de uma dicotomia “sim/não”. Caso a resposta a um sintoma específico seja “sim”, o participante terá de assinalar a gravidade do mesmo ao longo do último mês numa escala de cinco pontos (0 – 3, ou 4- não se aplica). Cada item retrata exemplos concretos de comportamentos para facilitar a resposta dos participantes. Neste estudo, esta medida continua é utilizada como grau de severidade dos sintomas nas seis dimensões, e uma classificação do item no nível 2 ou acima, é considerado representante de uma severidade clínica.

Relativamente à consistência interna, esta escala apresenta um valor de .93, em estudos anteriores, e as subescalas exibem valores entre .74 e .82. Apresenta-se, assim,

como um bom instrumento de medição (Trauma Center, 2001). No presente estudo, as subescalas do SIDES-SR apresentam valores de alfa de *Chronbach* entre .76 e .84 revelando-se, deste modo, um bom instrumento para esta investigação.

3.2.4. BSI – *Brief Symptom Inventory*

Foi utilizada a versão portuguesa do questionário BSI (Canavarro, 1999) adaptado da versão original de Derogatis (1993 citado por Canavarro, 1999). Este questionário permite identificar sintomatologia psicológica auto-relatada relevante em adolescentes e adulto, medindo sintomas psicopatológicos e perturbação emocional (Canavarro, 2007). O BSI está constituído por 53 itens, que cobrem nove escalas de sintomas (Canavarro, 2007). A somatização é caracterizada por um mal-estar decorrente da percepção de queixas associadas ao funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro sistema que tenha uma funcionamento autónomo. A obsessão-compulsão é caracterizada por sintomas do quadro da perturbação clínica obsessivo-compulsiva, que se centram em cognições e comportamentos que são percebidos pelo indivíduo como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. A sensibilidade interpessoal têm como foco sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, em comparação com outros indivíduos, e incluem manifestações tais como a auto-depreciação e desconforto durante interações sociais. A depressão é caracterizada por indicadores de depressão clínica. Os sintomas são afeto e humor disfórico, perda de energia vital e a falta de motivação e de interesse pela vida. A ansiedade é caracterizada por sintomas clinicamente associados a manifestações de ansiedade, tais como o nervosismo e a tensão, que vão ao encontro de sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. A hostilidade reflete pensamentos, emoções e comportamentos que fazem parte de estados afectivos negativos. A ansiedade fobica consiste em manifestações do comportamento fobico disruptivo, caracterizado por uma resposta de medo persistente face a uma pessoa, local ou situação específica, que apesar de irracional conduz a comportamentos de evitamento. A ideação paranoide representa o comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, em que o pensamento projetivo, a hostilidade, a suspeição, a grandiosidade, o egocentrismo, o medo de perda de autonomia e os delírios se apresentam como reflexos iniciais dessa perturbação. O psicoticismo apresenta este 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.

É de destacar que as escalas não correspondem a diagnósticos psiquiátricos (Canavarro, 2007). O instrumento avalia, ainda, três Índices Globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP), que constituem avaliações de perturbação emocional. Para este tudo foram utilizadas as nove escalas psicopatológicas e os índices ‘IGS’, pontuação combinada que reflete a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados. e ‘TSP’ que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas (Derogatis, 1993 citado por Canavarro, 2007)

Relativamente a validade interna deste instrumento, estudos psicométricos indicam que a escala apresenta níveis adequados para as nove sub-escalas (Canavarro, 2007), com valores de alfa de *Cronbach* entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização). No presente estudo, as subescalas do BSI apresentam valores de alfa de *Chronbach* entre .76 e .84, revelando-se deste modo, um bom instrumento para esta investigação.

3.2 Procedimento

Esta investigação encontra-se integrada num projeto de investigação “Personalidade e Psicopatologia” a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A amostra foi recolhida através do método “bola de neve”: foi pedido aos alunos do Mestrado Integrado em Psicologia que entregassem protocolos aos seus contactos. Os critérios de participação neste estudo consistiram na idade dos participantes ser igual ou superior a 18 anos, da população geral. Os sujeitos que aceitaram participar no estudo, receberam o protocolo num envelope com o consentimento informado.. O mesmo tinha de ser assinado pelo sujeito antes de preencher o protocolo. O protocolo e o consentimento informado, devidamente assinado, foram devolvidos dentro do envelope 15 dias após a sua entrega. O protocolo é constituído por nove instrumentos de avaliação psicológica (questionários de autorrelato), dos quais foram utilizados apenas três, descritos na secção Instrumentos. Os protocolos foram anonimizados. Os participantes não receberam qualquer compensação pela sua participação voluntária. O preenchimento completo deste protocolo têm uma extensão de cerca de uma hora e 30 minutos.

Tendo em conta os objetivos deste estudo e de forma a testar as suas hipóteses, foram constituídos dois grupos: um Grupo Sem Trauma Interpessoal (GSTI) e um grupo Com Trauma Interpessoal (GCTI). Tendo em conta a revisão de literatura apresentada, a criação destes grupos teve em conta os resultados médios dos participantes na escala total do LEC-5 ($M = 40.19$), que se formulou com base no somatório dos resultados obtidos aos 16 itens da primeira parte do questionário. Considerou-se que os participantes que tinham um resultado na escala total de LEC-5 inferior a 40.19, não tinham trauma, sendo assim retirados da amostra. Considerou-se que os participantes que tinham um resultado médio na escala total de LEC-5 igual ou superior a 40.19, tinham trauma.

Após a determinação dos participantes que tinham trauma, selecionou-se os participantes que constituiriam a amostra do GCTI, através de uma seleção das respostas as questões A e B1 da segunda parte do questionário que envolviam relatos de trauma interpessoal (maus-tratos psicológico, físico ou sexual por parte de figuras de apoio). O GSTI foi constituído por os participantes que apresentavam trauma ($M > 40.19$) e relatos de experiências de trauma que não era de natureza interpessoal. Após a formulação dos dois grupos, fez-se uma análise dos dados sociodemográficos (idade, sexo e escolaridade) de ambos os grupos e retiraram-se sujeitos de forma a igual o numero de participantes constituintes de ambos os grupos e tornar os grupos o mais homogéneos possível em relação às suas características sociodemográficas.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com o programa IBM SPSS Statistics - versão 26.. De forma a analisar os dados, utilizou-se estatística descritiva (e.g., cálculos de frequências, médias e desvios-padrão), o teste não paramétrico *Mann-Whitney*, o coeficiente de correlação de *Pearson*, e recorreu-se à análise de regressão linear, método *stepwise* (Maroco, 2011). Foi utilizado o teste não paramétrico *Mann-Whitney* devido ao tamanho pequeno dos grupos (Maroco, 2011).

4. Resultados

De seguida, são apresentados os resultados obtidos do presente estudo. Em primeiro lugar são apresentados os resultados obtidos da comparação entre resultados médios relativos ao Trauma Complexo do SIDES-SR nos grupos GCTI e GSTI. Posteriormente, são apresentados os resultados da exploração quanto à relação entre o Índice geral de Sintomas, que reflete a intensidade do mal-estar experienciado e o

número de sintomas assinalados, nas Dimensões relacionadas ao Trauma Complexo. Por último, são apresentados os resultados relativos à relação entre as estas dimensões sintomatológicas do Trauma Complexo e as escalas e índices psicopatológicos do BSI.

4.1. Comparação entre Resultados Médios relativos ao Trauma Complexo do SIDES-SR nos grupos GCTI e GSTI.

Os resultados analisados nesta subsecção são relativos à hipótese 1 e 2, que integram o objetivo 1 deste estudo (vide p. 16).

Para avaliar a possível existência de diferenças entre os resultados médios das dimensões do Trauma Complexo entre o grupo GCTI e GSTI, foi realizado o teste *Mann-Whitney*, os resultados referentes a esta análise encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3

Resultados da Comparação dos Resultados Médios nas Cinco Dimensões de Trauma Complexo do SIDES-SR no Grupo Sem Evidências de Trauma Interpessoal (GSTI) e no Grupo Com Evidências de Trauma Interpessoal (GCTI).

Dimensões	GSTI	GCTI	U	W	p
	(n = 38)	(n = 25)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Regulação de afetos e impulsos	.28(.41)	.43(.46)	334.00	1000.00	.18
Alterações atenção/consciência	.42(.84)	.59(.85)	396.00	1137.00	.28
Auto-percepção	.17(.37)	.22(.41)	408.00	1111.00	.51
Relações com os outros	.23(.55)	.46(.76)	398.50	1101.50	.50
Somatização	.09(.23)	.23(.35)	338.00	1041.00	.04
Sistema de significados	.36(.68)	.31(.50)	427.20	727.50	.90

Nota. *A negrito estão identificados os casos em que $p < .05$.

Observa-se uma única diferença significativa na escala ‘Somatização’ entre o GSTI e GCTI. Conclui-se assim que hipótese 1 é parcialmente rejeitada.

4.2. Comparação entre Resultados Médios relativos às Escalas e Índices Psicopatológicos do BSI nos Grupos GCTI e GSTI.

Os resultados analisados nesta subsecção são relativos à hipótese 3, 4 e 5, que integram o objetivo 2 deste estudo (*vide* p. 16)

De forma a avaliar a possível existência de diferenças de resultados médios nas escalas e índices psicopatológicos do BSI, foi efetuado o teste *Mann-Whitney*. No Quadro 4 relatam-se estes resultados

Quadro 4

Resultados da Comparação dos Resultados Médios nas Escalas e Índices Psicopatológicos do BSI no Grupo Sem Evidências de Trauma Interpessoal (GSTI) e no Grupo Com Evidências de Trauma Interpessoal (GCTI).

Escalas e Índices	GSTI	GCTI	U	W	p
	(n = 38)	(n = 25)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Somatização	.43(.61)	.83(.73)	273.50	939.50	.009
Obsessões e Compulsões	.91(.74)	1.2(.75)	345.50	1086.50	.07
Sensibilidade Interpessoal	.56(.75)	1.08(.88)	284.50	1025.50	.007
Depressão	.82 (.91)	1.03(.91)	393.50	1134.50	.25
Ansiedade	.71(.64)	1.18(.92)	336.50	1077.50	.05
Hostilidade	.57(.49)	.95(.89)	350.50	1016.50	.14
Ansiedade Fobica	.20(.28)	.77(1.05)	313.50	1054.50	.02
Ideação Paranoide	.84(.73)	1.22(.83)	344.00	1085.00	.06
Psicoticismo	.58(.75)	.87(.85)	362.50	1103.50	.11
IGS ^a	.57(.49)	1.02(.77)	256.50	851.50	.01
TSP ^b	18.20(12.13)	29.16(14.02)	226.50	821.50	.002

Nota. A negrito estão identificados os casos em que $p < .05$; ^aÍndice Geral de Sintomas, ^bTotal de Sintomas Positivos.

Observam-se diferenças significativas na escala ‘Somatização’, ‘Sensibilidade Interpessoal’, ‘Ansiedade’, ‘Ansiedade Fóbica’, conclui-se assim que a hipótese 2 é parcialmente confirmada. Ainda, observam-se diferenças significativas nos índices ‘IGS’ e ‘TSP’ entre o GSTI e GCTI, concluindo-se que as hipóteses 3 e 4 são confirmadas.

4.3. Análise das Relações entre as Dimensões do Trauma Complexo e Escalas e Índices Psicopatológicos no GCTI.

Os resultados analisados nesta subsecção são relativos à hipótese 5, 6 e 7 que integram o objetivo 3 deste estudo (*vide* p. 16)

De forma a compreender a relação existente entre os vários domínios do Trauma Complexo e os escalas e índices psicopatológicos no GCTI, recorreu-se à utilização do coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 5.

Quadro 5

Resultados das Correlações entre as Escalas e Índices de Sintomatologia do BSI e as Sete Dimensões do SIDES-SR no Grupo com Trauma Interpessoal (GCTI).

BSI	Dimensões do SIDES-SR					
	Regulação de afetos e impulsos	Alteração de atenção e consciência	Auto-percepção	Relações com os outros	Somatização	Sistema de significados
Somatização	.26	.23	.36	.11	.44*	.35
Obs. Compulsões	.57**	.42*	.61**	.38	.32	.39
Sens. interpessoal	.65**	.57**	.76**	.48*	.23	.51*
Depressão	.61**	.59**	.74**	.45*	.29	.41*
Ansiedade	.57**	.47*	.60*	.48*	.26	.51*
Hostilidade	.69*	.36	.68**	.39	.23	.51*
Ansiedade fobica	.46*	.07	.53*	.29	.23	.55*
Ideação paranoide	.68**	.61**	.53**	.55**	.30	.39
Psicoticismo	.59**	.37	.52**	.36	.15	.51*
IGS ^a	.62**	.43*	.67**	.42*	.30	.53**
TSP ^b	.58**	.43*	.44*	.38	.15	.27

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$; ^aÍndice Geral de Sintomas, ^bTotal de Sintomas Positivos.

Observa-se relações positivas entre as dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR e o 'IGS' do BSI, excetuando a dimensão 'Somatização', concluindo-se assim que a hipótese 6 é parcialmente confirmada. Observa-se também que existe uma relação positiva entre a dimensão 'Relação com os outros' do SIDES-SR e a escala 'Sensibilidade interpessoal' do BSI, concluindo-se que a hipótese 7 é confirmada. Por último, observa-se também uma relação positiva entre a dimensão 'Sistemas de significado' do SIDES-SR e a escala 'Depressão' do BSI, concluindo-se que a hipótese 8 é confirmada.

4.4. Análise das Relações entre as Dimensões do Trauma Complexo e Escalas e Índices Psicopatológicas no GCTI.

Os resultados analisados nesta subsecção são relativos ao objetivo 4, exploratório deste estudo (*vide* p. 16)

De forma a compreender que escalas e índices psicopatológicos do BSI predizem os vários domínios do Trauma Complexo recorreu-se à utilização de regressões lineares múltiplas. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 6.

Quadro 6

Resultados das Análises de Regressão Linear das Escalas e Índices de Psicopatologia do BSI Predictoras das Dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR no Grupo Com Trauma Interpessoal (GCTI).

	Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Regulação de afetos e impulsos	Ideação paranoide	.35	.85	7.94	.001*	.85	.74	63.07	.001*
Alteração atenção/consciência	Ideação paranoide	.52	.76	5.79	.001*	.76	.58	33.48	.001*
Auto-perceção	Sens. interpessoal	.57	1.74	6.35	.001*	.88	.77	38.57	.001*
	TSP	-.01	-.10	-3.69	.001*				
Relações com os outros						.69	.48	22.05	.001*
Somatização	Ideação paranoide	.41	.69	4.70	.001*	.67	.43	19.64	.001*
	Somatização	.25	.67	4.43	.001*				
Sistema de significados						.68	.46	20.23	.001*
	Ansiedade fóbica	.33	.68	4.50	.001*				

*Nota. *Two-tailed.*

Observa-se que a escala ‘Ideação paranoide’ do BSI é preditora das dimensões ‘Regulação de afetos e impulsos’, ‘Alteração de estados de atenção e consciência’ e ‘Relação com os outros’ do SIDES-SR, tendo um valores entre 69% e 85% na explicação da variância dos resultados. As outras escalas do SIDES-SR têm preditores que variam entre 67% e 69% na explicação da variância dos resultados. A escala

‘Sensibilidade interpessoal’ e o índice ‘TSP’ do BSI são preditores da dimensão ‘Auto-percepção’ do SIDES-SR. A escala ‘Somatização’ do BSI é preditora da dimensão ‘Somatização’ do SIDES-SR. Por último, a escala ‘Ansiedade fóbica’ do BSI é preditora da dimensão ‘Sistema de significados’ do SIDES-SR.

5. Discussão

Neste capítulo realiza-se a discussão dos resultados obtidos no estudo e apresentados no capítulo anterior, considerando os objetivos estipulados (*vide* p. 16).

Em primeiro lugar, tentou-se compreender a existência de diferenças significativas entre os resultados médios nas dimensões do Trauma Complexo entre o GCTI e GSTI, como postulado no primeiro objetivo deste estudo. Os resultados indicam que a dimensão ‘Somatização’ do SIDES-SR é a única dimensão que apresenta uma diferença significativa entre ambos os grupos, sendo que o GCTI apresenta um nível médio superior significativo de ‘Somatização’ face ao GSTI. Ao contrário do esperado pela revisão de literatura, nenhuma das outras dimensões apresentou ter uma média superior significativa no GCTI em relação ao GSTI. Sendo que se compreende o Trauma Complexo como uma resposta a diferentes experiências acumuladas de traumas interpessoais prolongadas ao longo do tempo (Ben-Ezra et al., 2017; Luxenberg et al., 2001; Resick et al., 2012; Spitzer et al., 2009), seria de esperar que o GCTI apresentasse resultados médios superiores nas dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR em comparação com o GSTI. Ainda diferentes autores estudaram a forma como as diferentes dimensões do Trauma Complexo se desenvolvem a partir de diferentes experiências de trauma interpessoal (Courtois, 2014; Luoni et al., 2018; Luxenberg et al., 2001; Van Dijke et al., 2018; Van Dijke et al., 2015).

Uma das possíveis explicações para este resultado poderia ser que apesar dos participantes do GCTI terem tido experiências de trauma interpessoal, acabaram por não desenvolver sintomatologia associada ao Trauma Complexo. Os autores Luxenberg et al. (2001) pontuam que um histórico de trauma interpessoal crónico pode nem sempre derivar em sintomatologia de Trauma Complexo. Sendo assim, as manifestações dos indivíduos que passaram por estas experiências de trauma interpessoal poder ter derivado em respostas de sintomatologia psicopatológica e não em respostas ao Trauma Complexo (Taycan, & Yildirim, 2015), o que foi explorado no segundo objetivo do estudo. Outra das possíveis razões para este resultado é que, segundo alguns autores, as

respostas às situações de trauma interpessoal desencadeiam uma resposta mais severa de Trauma Complexo quando as mesmas surgem em estádios sensíveis de desenvolvimento, nomeadamente, na infância ou adolescência (Ben-Ezra et al., 2017; Luxenberg et al., 2001; Spitzer et al., 2009). A população da amostra experimental GCTI têm idades compreendidas entre os 17 e os 74 anos, e as experiências dos relatos de trauma interpessoal que experienciaram, serão possivelmente diversos em termos da idade de ocorrência, pois não foi realizada uma seleção consoante esse indicador. Seria interessante, no futuro, realizar um estudo que permitisse compreender se a idade da ocorrência do trauma interpessoal age como um mediador para o desenvolvimento de sintomatologia associada ao Trauma Complexo. Outra das possíveis explicações para estes resultados poderia também derivar da natureza dos grupos. Sendo que as respostas que foram selecionadas para constituir os grupos derivaram de uma escolha que os participantes fizeram das suas experiências traumáticas, podem haver participantes do grupo de controlo que passaram por experiências de trauma interpessoal mas que não foram consideradas pelos mesmos. No entanto, a dimensão ‘Somatização’ apresentou médias superiores significativas para o GCTI em comparação com o GSTI. Segundo vários autores, a ‘Somatização’ surge em populações adultas como resposta a um acumular de experiências de trauma interpessoal que não foram processadas devido a uma falha em integrar capacidades de autorregulação (David et al., 2005), e age também como uma forma de dissociação (Brown et al., 2005), assim como uma dificuldade em expressar o seu sofrimento, que influencia a relação que têm com os outros (Lackner et al., 2004). Sendo que a dimensão ‘Somatização’ do SIDES-SR apresenta-se como um preditor da escala ‘Somatização’ de sintomatologia psicopatológica do BSI, pondera-se que no Trauma Complexo a escala Somatização age como um indicador de sintomatologia psicopatológica já desenvolvido, e que os indivíduos do GCTI que pontuaram a um nível elevado nesta escala poderão ter já desenvolvido uma sintomatologia psicopatológica em vez de sintomatologia associada ao Trauma Complexo na totalidade das suas dimensões.

De seguida, tentou-se compreender a existência de diferenças significativas entre os resultados médios nas escalas e índices de sintomatologia psicopatológica do BSI, entre o GCTI e GSTI, como postulado no segundo objetivo deste estudo. Na hipótese 3 do estudo, foi ponderado que as escalas que apresentariam uma média superior no GCTI em comparação com o GSTI seriam a ‘Sensibilidade interpessoal’ e a ‘Depressão’. Sendo que a escala ‘Sensibilidade interpessoal’ retrata um quadro de sintomatologia que

engloba sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, e manifestações de desconforto e autodepreciação na relação com os outros (Canavarro, 2007), e como grande parte da literatura refere que nas repercussões de experiências de trauma interpessoal ao nível de Psicopatologia surgem sentimentos negativos face ao próprio na relação com os outros, nomeadamente em sintomatologia associada a ansiedade (Van Assche et al., 2019) psicose e ideação paranoide (Read et al., 2005) e depressão (O'Mahen et al., 2015), considerou-se que os itens desta escala poderiam refletir resultados deste âmbito, e que acabou por ser confirmado. Por outro lado, colocou-se também em hipótese que a escala de 'Depressão' apresentaria resultado médio superior no GCTI em comparação com o GSTI, devido a que a depressão é uma das respostas psicopatológicas mais comuns face a experiências de trauma interpessoal (Chen et al., 2020; Infurna et al., 2016; Nanni et al., 2012; O'Mahen et al., 2015). No entanto, isto não foi verificado nos resultados do estudo. Uma das possíveis explicações para este resultado poderia ser que os estudos que se focam na depressão face à exposição de traumas interpessoais estão mais relacionados com o estudo da depressão no foco de auto-perceção negativa (Abela, & Skitch, 2007; O'Mahen et al., 2015) enquanto que a escala do BSI avalia mais afeto e humor disfórico, perda de energia vital e a falta de motivação e de interesse pela vida (Canavarro, 2007). Ainda vários estudos focam-se na preponderância do desenvolvimento de sintomatologia depressiva na adolescência e na idade jovem adulta (Chu et al., 2020), uma vez mais, no presente estudo a média de idade da amostra é de 33 anos, e portanto não se teve em consideração esta prevalência. Num possível futuro estudo poderia ser interessante fazer uma comparação entre o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na idade adulta e na adolescência consoante as experiências de trauma interpessoal de forma a compreender se existem diferenças significativas de sintomatologia depressiva consoante a idade.

Verificaram-se também outras diferenças significativas nas escalas entre a comparação entre GCTI e GSTI. A escala 'Somatização' do BSI apresentou médias superiores significativas para o GCTI, o que vai de encontro à revisão de literatura (David et al., 2005; Lackner et al., 2004; Luoni et al., 2018) assim como ao resultado obtido na secção 4.1 deste estudo. O GCTI também apresentou médias superiores significativas na escala 'Ansiedade' e a escala 'Ansiedade fóbica' do BSI em comparação com o GSTI, o que também iria ao encontro da literatura que explica como o trauma interpessoal pode derivar em respostas sintomatológicas psicopatológicas de ansiedade (Van Assche et al., 2019; Walters et al., 2020). Por outro lado, apesar de o

resultado obtido para a escala 'Ideação paranoide' do BSI não ter sido significativo, apresentou um resultado quase significativo ($p = 0.06$). Este resultado pode ser explicado também pela revisão de literatura, pois de acordo com Read et al. (2005, 2006), a sintomatologia psicopatológica paranoide pode-se desenvolver como uma suspeita em relação aos motivos dos outros, devido às experiências de trauma interpessoal que provocaram um estado de hipervigilância nos indivíduos.

Relativamente também ao objetivo 2 deste estudo, seria esperado que tanto o índice IGS como o TSP do BSI apresentassem resultados médios mais elevados para o grupo GCTI na comparação com o GSTI, resultados que foram confirmados. Sendo que o IGS representa a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas presentes nos indivíduos (Canavarro, 2007), e diferentes estudos apontam para como as pessoas que passaram por experiências de trauma interpessoal têm mais probabilidade de desenvolver sintomatologia psicopatológica com elevada comorbilidade (Brietzke et al., 2012; Chu et al., 2013; Fischer et al., 2016; Keyes et al., 2012; Read et al., 2005), esperou-se que esta elevação de sintomatologia também se visse refletida na intensidade de mal-estar e não apenas do número de sintomas presentes. Utilizou-se também o índice TSP de forma a detetar se apenas se verificaria um desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica apenas no total de sintomas e não na experiência de mal-estar sentido, o que não foi verificado.

De seguida, tentou-se compreender se as diferentes dimensões do Trauma Complexo apresentavam uma relação positiva com diferentes escalas e índices de sintomatologia psicopatológica do BSI no GCTI, como descrito no objetivo 3 deste estudo. Esperava-se que existisse uma relação positiva entre as seis dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR e o IGS do BSI, e estes resultados foram parcialmente confirmados, pois apenas a dimensão 'Somatização' do SIDES-SR não apresentou uma relação positiva com o mesmo. Esperava-se que as dimensões do Trauma Complexo apresentassem esta relação pois ao longo da revisão de literatura foi-se observando como diferentes respostas sintomatológicas psicopatológicas apresentavam mecanismos semelhantes aos que são característicos do Trauma Complexo. As respostas sintomatológicas depressivas, somáticas, ansiosas e paranoides têm por base uma falha na capacidade de autorregulação de afetos que é também característica da desregulação de afetos do Trauma Complexo (Lackner et al., 2004; O'Mahen et al., 2015; Read et al., 2005; Van Assche et al., 2019; Van Dijke et al., 2018). Ainda as respostas sintomatológicas psicóticas, somáticas e obsessivas-compulsivas têm uma função

dissociativa que também é visível na alteração de estados de consciência do Trauma Complexo (Brown et al., 2005; Read et al., 2005). As respostas sintomatológicas ansiosas, depressivas e psicóticas têm também por base uma percepção do próprio negativa que também engloba a distorção na auto-percepção do Trauma Complexo (Abela, & Skitch, 2007; Read et al., 2005; Van Assche et al., 2019). Por último, diversas respostas de sintomatologia psicopatológica provocam e instauram dinâmicas relacionais específicas que também podem ser compreendidas na forma como os indivíduos com um Trauma Complexo se relacionam com os outros (Infurna et al., 2016; Lackner et al., 2004; O'Mahen et al., 2015; Read et al., 2005; Van Assche et al., 2019). Como o IGS é um agregado de diferentes escalas psicopatológicas, seria de esperar então que a mesma tivesse uma relação positiva com as dimensões do Trauma Complexo.

Uma das possíveis explicações para a dimensão 'Somatização' do Trauma Complexo não ter tido uma relação positiva do IGS, é que o próprio IGS já compreende uma escala de sintomatologia psicopatológica somática. Desta mesma forma, a dimensão 'Somatização' do SIDES-SR apenas apresentou uma relação positiva com a escala 'Somatização' do BSI. Num possível futuro estudo, seria pertinente compreender quais as diferenças entre as respostas de somatização associadas ao Trauma Complexo e as respostas de sintomatologia psicopatológica somáticas como a encontrada no BSI, associadas a indivíduos expostos ao trauma interpessoal, de forma a poder compreender o que caracteriza o desenvolvimento de uma resposta somática ao trauma interpessoal.

Ainda seguindo o objetivo 3 deste estudo, esperou-se que a dimensão do Trauma Complexo 'Relação com os outros' apresentasse uma relação positiva com a escala 'Sensibilidade interpessoal' do BSI, relação que foi confirmada. Sendo que a 'Relação com os outros' do SIDES-SR representa perturbações nas relações que os indivíduos apresentam nos seus relacionamentos interpessoais, devido a diferentes dificuldades desenvolvidas a partir dos traumas interpessoais aos quais estiveram expostos (Ben-Ezra et al., 2017; Courtois, 2014; Dorahy et al., 2017; Luxenberg et al., 2001; Van Dijke et al., 2018), e a escala 'Sensibilidade interpessoal' também aborda dificuldades sentidas nos relacionamentos interpessoais que dependem de diferentes reações, como referido anteriormente na discussão, seria de esperar que apresentariam uma relação positiva. Também foi confirmado que a dimensão 'Sistema de significados' do SIDES-SR e a escala 'Depressão' do BSI apresentam uma relação positiva no GCTI. A

dimensão ‘Sistema de significados’ caracteriza uma sensação de perda de significado na vida que se desenvolve em pessoas que passaram por diferentes experiências de trauma interpessoal (Luxenberg et al., 2001), por seu turno, a escala ‘Depressão’ como referido anteriormente, é caracterizada por uma perda de energia vital e uma falta de motivação e de interesse pela vida, seria de esperar que indivíduos que tivessem uma pontuação elevada na dimensão ‘Sistema de significados’ também a teriam na escala ‘Depressão’ do BSI.

De acordo com o objetivo 4 do estudo, foram explorados modelos preditivos das dimensões do Trauma Complexo do SIDES-SR, com base nas escalas e índices psicopatológicos do BSI no GCTI. Os resultados indicam que a escala ‘Ideação paranoide é preditora de três dimensões do SIDES-SR: ‘Regulação de afetos e impulsos’, ‘Alteração de estados de atenção e consciência’ e ‘Relação com os outros’. De acordo com a revisão de literatura, a sintomatologia paranoide têm por base uma suspeita em relação aos motivos dos outros que se desperta quando os indivíduos são confrontados com afetos que são difíceis de gerir face a situações nos seus relacionamentos interpessoais (Read et al., 2005), o que explicaria o porque desta escala predizer as dificuldades na dimensão ‘Regulação de afetos e impulsos’ do Trauma Complexo. Ainda, os autores Read et al. (2005) explicam que tanto na sintomatologia psicótica como paranoide existe uma dissociação das experiências de trauma interpessoal que são compartimentadas e que acabam por ser despoletadas em episódios de perda de contacto com a realidade, o que explicaria como a escala ‘Ideação paranoide’ é preditora da dimensão ‘Alteração de estados de consciência e atenção’ do SIDES-SR. Sendo que a escala em questão avalia também sintomatologia em que age um pensamento projetivo e hostilidade face aos outros (Canavarro, 2007), e que a dimensão ‘Relações com os outros’ também avalia dificuldade sentidas nos relacionamentos interpessoais e que pode incluir comportamentos hostis face aos outros (Courtois, 2014; Dyer et al., 2009), compreende-se que a escala ‘Ideação paranoide’ seja preditora da dimensão ‘Relação com os outros’ do SIDES-SR.

Nos modelos preditivos foi também observado que, tanto a escala ‘Sensibilidade interpessoal’ como o índice TSP, são preditoras da ‘Auto-percepção’ do SIDES-SR. A ‘Auto-percepção’ caracteriza uma visão negativa do próprio, com base em crenças de culpa e vergonha (Stadtman et al., 2018). Sendo a escala ‘Sensibilidade interpessoal’ avalia, como referido anteriormente, sentimentos de inadequação pessoal e de inferioridade em comparação com os outros (Canavarro, 2007) compreende-se que

seja preditor que indivíduos que passaram por experiências de trauma interpessoal e tenham uma ‘Sensibilidade interpessoal’ elevada também irão apresentar uma elevada ‘Auto-percepção’. Ainda, o índice TSP é preditor da ‘Auto-percepção’. Uma possível explicação para este resultado seria que quantos mais sintomas um indivíduo identifica que têm, maior o seu auto-percepção negativa. A escala ‘Somatização’ do BSI também é preditora da dimensão ‘Somatização’ do SIDES-SR. A relação entre ambas as escalas foi explorada já ao longo da discussão de outros resultados, que incluíam resultados relevantes face às mesmas. Por último, a escala ‘Ansiedade fóbica’ do BSI é preditora da dimensão ‘Sistema de significados’ do SIDES-SR. Sendo que a escala ‘Ansiedade fóbica’ avalia sintomatologia que inclui comportamentos de evitamento face a pessoas, locais ou situações específicas (Canavarro, 2007) e a dimensão ‘Sistema de significados’ do SIDES-SR foca-se em sentimentos de perda de esperança (Karatzias, 2018; Luxenberg et al., 2001), poder-se-ia concluir que uma das possíveis explicações para os comportamentos de evitamento poderiam ter uma base de perda de motivação face a situações que poderiam proporcionar maior bem-estar devido as experiências de trauma interpessoal às quais estiveram sujeitas.

Conclusão

O estudo do impacto de experiências de trauma interpessoal no desenvolvimento do Trauma Complexo e de sintomatologia psicopatológica é complexo. As diferentes dinâmicas instauradas nas experiências de trauma interpessoal, depois acabam por derivar numa série de respostas às mesmas na forma de sintomatologia de Trauma Complexo, ao mesmo tempo que, também, se podem configurar em respostas de sintomatologia psicopatológica desadaptativa. Ainda, diferentes componentes de sintomatologia psicopatológica têm uma função e um papel na ação de diferentes dimensões do Trauma Complexo. Sendo assim, o presente estudo tentou compreender quais os mecanismos envolvidos no desenvolvimento destes diferentes tipos de sintomatologia, consoante as experiências de trauma interpessoal, e como as experiências de trauma interpessoal podem estar relacionadas com as mesmas.

Os resultados revelaram, no entanto, que a presença de trauma interpessoal no percurso de vida de um indivíduo, pode não se relacionar como desenvolvimento de sintomatologia de Trauma Complexo. Pondera-se, no entanto, que o impacto do trauma interpessoal poderia em vez de derivar em respostas de Trauma Complexo, derivar em

respostas de sintomatologia psicopatológica, o que foi confirmado nos resultados do estudo. Isto é, porque indivíduos que passaram por experiências de trauma interpessoal apresentavam níveis de intensidade mal-estar e de sintomatologia superior ao seu grupo de controlo. Ainda, apresentavam diferenças significativas com o grupo controlo nas escalas que compreendiam sintomatologia somática, de sensibilidade interpessoal e de ansiedade e ansiedade fóbica. Encontraram-se também relações positivas entre as dimensões do Trauma Complexo e diferentes escalas e índices de sintomatologia psicopatológica, o que confirma a existência de uma relação entre ambas os tipos de manifestações sintomatológicas. Por fim, encontraram-se relações preditoras entre diferentes escalas e índices psicopatológicos e dimensões do Trauma Complexo. Estas relações preditoras permitiram compreender melhor a relação entre ambos os tipos de manifestações sintomatológicas, e como as experiências de trauma complexo, podem potenciar mecanismos de disfuncionalidade em ambos.

Este estudo apresenta, no entanto, certas limitações face aos seus resultados. Em primeiro lugar, uma das limitações do estudo é a operacionalização da variável ‘trauma interpessoal’. Neste estudo definiu-se trauma interpessoal por experiências de maus-tratos psicológicos, físicos e sexuais, e estudou-se a relação da existência de trauma interpessoal com sintomatologia de Trauma Complexo e sintomatologia psicopatológica. No entanto, diferentes tipos de trauma interpessoal podem apresentar sequelas de gravidade diferentes nestes mesmos âmbitos. O impacto que experiências de maus-tratos psicológicos têm nos indivíduos são diferentes que o impacto que maus-tratos sexuais podem ter no desenvolvimento tanto de sintomatologia de Trauma Complexo e de sintomatologia psicopatológica. Sendo assim, num futuro estudo, seria pertinente estudar a relação entre estes diferentes tipos de maus-tratos: psicológico, físico e sexual, e compreender que impacto existe de forma diferencial no nível de sintomatologia de Trauma Complexo e da Psicopatologia.

Outra das limitações deste estudo também se prende com a operacionalização de ‘figuras de apoio’, sendo estas os perpetuadores das experiências de trauma interpessoal às quais a amostra deste estudo foram sujeitas. No presente estudo, compreendeu-se figuras de apoio por pessoas dentro de contexto relacional próximo e de confiança dos indivíduos, sejam familiares, pessoas da escola, ou parceiros de relações íntimas. Incluiu-se também outros perpetuadores que não os familiares pois a literatura refere que pessoas que passaram por experiências de trauma interpessoal no seu contexto familiar terão mais probabilidade de sofrer traumas interpessoais noutros contextos. No entanto,

esta generalização pode ter influenciado os resultados obtidos, pois o tipo de relação que o indivíduo têm com o perpetrador do trauma interpessoal influencia o grau de severidade da sintomatologia desenvolvida a nível de Trauma Complexo e de sintomatologia psicopatológica. Num futuro estudo seria pertinente compreender se existem diferenças significativas na apresentação de sintomatologia de Trauma Complexo e de Psicopatologia consoante o tipo de perpetrador do trauma interpessoal de forma a compreender que variáveis nos relacionamentos podem ter uma influencia no desenvolvimento desta sintomatologia.

Ao longo da discussão foram-se discutindo também outras ideias de possíveis estudos que seriam interessantes realizar no futuro, consoante os resultados obtidos e a revisão de literatura realizada. Uma das possíveis ideias seria realizar um estudo que permitisse compreender se a idade age como um mediador para o desenvolvimento de sintomatologia de Trauma Complexo, assim como compreender se sintomatologia psicopatológica depressiva é mais preponderante na adolescência e idade jovem adulta consoante as experiências de trauma interpessoal aos quais os indivíduos estiveram sujeitos. Por último, também se considerou pertinente que num futuro estudo se deveria explorar quais as diferenças entre a dimensão ‘Somatização’ do SIDES-SR e a escala ‘Somatização’ do BSI de forma a poder compreender se existem diferenças nos diferentes tipos de respostas somáticas ao trauma interpessoal.

Considera-se que a investigação desta temática é extremamente importante e que permite, dentro do âmbito da Psicologia Clínica, compreender de que forma as experiências de trauma interpessoal podem influenciar o desenvolvimento de diferentes manifestações sintomatológicas, seja a nível de Trauma Complexo ou de respostas psicopatológicas. Esta investigação permitiu também, observar e analisar quais os mecanismos inerentes em comum entre o Trauma Complexo e diferentes tipos do psicopatologia, o que se considera de extrema importância para dar resposta no trabalho clínico a vítimas com este tipo de experiências traumáticas.

Referências Bibliográficas

- Abela, J. R., & Skitch, S. A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1127–1140. doi:10.1016/j.brat.2006.09.011
- Bae, S. M., Kang, J. M., Chang, H. Y., Han, W., & Lee, S. H. (2018). PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization. *PloS One*, 13(6), e0199138. doi:10.1371/journal.pone.0199138
- Bae, H., Kim, D., Koh, H., Kim, Y., & Park, J. S. (2008). Psychometric properties of the Life Events Checklist - Korean version. *Psychiatry Investigation*, 5(3), 163. <https://doi.org/10.4306/pi.2008.5.3.163>
- Belli, H. (2014). Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World Journal of Clinical Cases*, 2(8), 327. doi:10.12998/wjcc.v2.i8.327
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568–579. doi: 10.1093/schbul/sbm121
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. doi:10.1002/da.22723
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464–483. doi: 10.1080/10538712.2015.1042184

- Brietzke, E., Kauer Sant'anna, M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., ... Bressan, R. A. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(4), 480–488. doi: 10.1016/j.rbp.2012.04.009
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(5), 401–412. doi: 10.1002/jts.20048
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 899–905. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.899
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves & S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal (Vol. 2)*. Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305-311). Coimbra: Quarteto Editora.
- Chen, R., Peng, K., Liu, J., Wilson, A., Wang, Y., Wilkinon, M. R., ... Lu, J. (2020). Interpersonal trauma and risk of depression among adolescents: The mediating and moderating effect of interpersonal relationship and physical exercise. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 194. doi:10.3389/fpsyt.2020.00194
- Chu, D. A., Williams, L. M., Harris, A. W., Bryant, R. A., & Gatt, J. M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: Relative contributions of early life stressor types and

- adult trauma exposure. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 23–32. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.08.006
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., ... 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. doi: 10.1002/jts.20444
- Courtois, C. A. (2014). Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. *PsycEXTRA Dataset*. doi: 10.1037/e532062014-001
- Dagan, Y., & Yager, J. (2019). Addressing loneliness in complex PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(6), 433–439. doi:10.1097/NMD.0000000000000992
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- de Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941–951. doi:10.1016/S0005-7967(98)00185-5
- Dorahy, M. J., Corry, M., Black, R., Matheson, L., Coles, H., Curran, D., ... Dyer, K. F. (2017). Shame, dissociation, and complex PTSD symptoms in traumatized psychiatric and control groups: Direct and indirect associations with relationship distress. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 439–448. doi:10.1002/jclp.22339
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1099–1114. doi:10.1002/jclp.20619

- Eidhof, M. B., Djelantik, A., Klaassens, E. R., Kantor, V., Rittmansberger, D., Sleijpen, M., ... Ter Heide, F. (2019). Complex posttraumatic stress disorder in patients exposed to emotional neglect and traumatic events: Latent class analysis. *Journal of Traumatic Stress, 32*(1), 23–31. doi:10.1002/jts.22363
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review, 67*, 203–211. doi:10.1016/j.chilyouth.2016.06.013
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders, 149*(1-3), 313–318. doi:10.1016/j.jad.2013.01.045
- Gibb, B. E., Butler, A. C., & Beck, J. S. (2003). Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety, 17*(4), 226–228. doi:10.1002/da.10111
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1023–1039. doi:10.1016/s0006-3223(01)01157-x
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 891–898. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136*(3), 313–322. doi:10.1111/acps.12771

- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 190*, 47–55. doi:10.1016/j.jad.2015.09.006
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., ... Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *The British Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 177–185. doi:10.1111/bjc.12172
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science, 200*(2), 107–115. doi:10.1192/bjp.bp.111.093062
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2019). From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms: The role of emotion regulation and re-victimisation. *Journal of Clinical Psychology, 75*(3), 392–403. doi:10.1002/jclp.22655
- Kulkarni, J. (2017). Complex PTSD – a better description for borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry, 25*(4), 333–335. doi: 10.1177/1039856217700284
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., & Blanchard, E. B. (2004). Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behaviour Research and Therapy, 42*(1), 41–56. doi:10.1016/s0005-7967(03)00069-x
- Luoni, C., Agosti, M., Crugnola, S., Rossi, G., & Termine, C. (2018). Psychopathology, dissociation and somatic symptoms in adolescents who were exposed to traumatic experiences. *Frontiers in Psychology, 9*. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02390

- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21*, 373-392.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 169*(2), 141–151. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- O'Hagan, K. (2006). *Identifying emotional and psychological abuse: A guide for childcare professionals*. Maidenhead: Open University Press.
- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., & Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression?. *Journal of Affective Disorders, 174*, 287–295. doi:10.1016/j.jad.2014.11.028
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*(5), 330–350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Read, J., Rudegeair, T., & Farrelly, S. (2006). The relationship between child abuse and psychosis: Public^[1]_{SP}opinion, evidence, pathways and implications. In W. Larkin & A. P. Morrison (Eds.), *Trauma and psychosis* (pp. 23-57). London and New York: Routledge.
- 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. doi:10.1002/jts.21699

- Semiz, U. B., Inanc, L., & Bezgin, C. H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(8), 1287–1296. doi:10.1007/s00127-013-0787-7
- Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): Implications for treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1573129. doi:10.1080/20008198.2019.1573129
- Snyder, C. R., & Heinze, L. S. (2005). Forgiveness as a mediator of the relationship between PTSD and hostility in survivors of childhood abuse. *Cognition & emotion*, *19*(3), 413–431. doi:10.1080/02699930441000175
- Spitzer, C., Barnow, S., Wingenfeld, K., Rose, M., Löwe, B., & Grabe, H. J. (2009). Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(1), 80–86. doi:10.1080/00048670802534366
- Sroufe L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, *25*(4), 1215–1224. doi:10.1017/S0954579413000576
- Stadtman, M. P., Maercker, A., Binder, J., & Schnepf, W. (2018). Why do I have to suffer? Symptom management, views and experiences of persons with a CPTSD: A grounded theory approach. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 392. doi:10.1186/s12888-018-1971-9
- Taycan, O., & Yildirim, A. (2015). An alternative approach to the effects of multiple traumas: Complex post-traumatic stress disorder. *Noro Psikiyatri Arsivi*, *52*(3), 312–314. doi:10.5152/npa.2015.7573

- Trauma Center. (2001). Trauma Center Assessment Package (CD).
- van Assche, L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2020). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & Mental Health*, 24(6), 898–905. doi:10.1080/13607863.2019.1571017
- van der Kolk, B. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. In Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington, DC: American Psychiatric.
- van Dijke, A., Ford, J. D., Frank, L. E., & van der Hart, O. (2015). Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 16(4), 428–441. doi:10.1080/15299732.2015.1016253
- van Dijke, A., Hopman, J., & Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1400878. doi:10.1080/20008198.2017.1400878
- Walters, S. L., Salkovskis, P. M., Halldorsson, B., & Elgie, S. (2020). A preliminary investigation of excessive reassurance-seeking and attachment-related behaviours in adolescents with OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100503. doi:10.1016/j.jocrd.2019.100503
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. <http://www.ptsd.va.gov>