

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE TRAÇOS DE PERSONALIDADE
E TRAUMA COMPLEXO**

Sara Lopes Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE TRAÇOS DE PERSONALIDADE
E TRAUMA COMPLEXO**

Sara Lopes Ferreira

Dissertação orientada pela Professora Doutora Rute Pires e pela

Professora Doutora Ana Sousa Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2017

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus pais, por os ter na minha vida e por saber que todos os dias fazem o melhor que podem para me ver feliz, “obrigada estrela mãe, obrigada estrela pai”.

À Professora Rute Pires, que em certas alturas, mais do que orientadora de tese, foi como uma mãe, pois nunca se cansou de ouvir os meus desabafos e divagações e, com a sua sensibilidade, sempre foi capaz de dizer algo que me ajudasse a seguir em frente.

À Professora Ana Sousa Ferreira, por ter aceite fazer parte desta viagem, com a tamanha paciência para o esclarecimento de qualquer inquietação e a sua infinda vontade de ensinar que muito me ajudaram a enriquecer este trabalho.

Aos Professores e Professoras desta instituição, por todas as conversas tão estimulantes que me proporcionaram, pelos conhecimentos que me passaram sem pedirem nada em troca e por serem uma inspiração para mim.

À família que escolhi, em especial, ao Diogo, à Maria João e à Catarina, por ao lado deles poder ser eu própria, ao Marco, meu colega e amigo que sempre me acompanhou ao longo deste percurso e aos amigos e amigas que de uma maneira ou de outra contribuem diariamente para que encare com maior leveza os desafios desta vida.

À Dinha, à Luna e ao Tomy, porque os amigos felinos também nos enchem o coração, agradeço por todos os momentos em que foram a minha maior companhia.

Aos meus avós, em especial à minha avó, que sempre disse que queria ver a neta a acabar o curso, fico feliz por poder presenciar esse momento.

Finalmente, a uma estrelinha que brilha hoje no céu, que com a sua fonte inesgotável de amor tornou-me uma pessoa melhor e que ainda hoje habita em mim.

Muito obrigada.

Resumo

Segundo uma perspetiva dimensional e compreensiva da personalidade, o presente estudo visa explorar as relações existentes entre os domínios da personalidade inerentes ao Modelo de Traços de Personalidade do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta edição [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)*] e a sintomatologia traumática subjacente ao trauma complexo, correspondente à entidade nosológica denominada *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS)*.

A fim de se concretizar o objetivo proposto, a 338 sujeitos da população geral portuguesa aplicou-se dois questionários: *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)*, na sua versão portuguesa e reduzida (PID-5 versão breve), e a versão portuguesa do *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR)*.

Realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória para o PID-5 versão breve, obtendo-se uma estrutura um pouco diferente da original. No estudo correlacional foram encontradas relações diretas e significativas entre os domínios da Afetividade Negativa e do Psicoticismo do PID-5 versão breve e as escalas e algumas subescalas do SIDES-SR. Estes resultados vão ao encontro da literatura apresentada que já havia descrito a existência de relações entre dimensões da personalidade com características similares e o desenvolvimento de sintomatologia traumática. Estas conclusões apoiam que se continue a trabalhar com estes dois instrumentos que se encontram numa fase ainda muito inicial de adaptação.

Sugere-se que no futuro se realizem mais estudos que validem fatorialmente ambos os instrumentos com uma amostra mais extensa e representativa da população portuguesa, bem como que se utilizem amostras clínicas.

Palavras-chave: traços de personalidade, trauma complexo, vinculação, adultos

Abstract

According to a dimensional and comprehensive view of the personality domain, this study aimed to explore the relationship between views from the Personality Trait Model described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), and the traumatic symptoms underlying complex trauma, corresponding to the diagnosis of *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS).

The relation between the trait domains and the traumatic symptoms underlying complex trauma were observed through the application to 338 Portuguese subjects of two questionnaires: *The Personality Inventory for DSM-5* [PID-5 (Portuguese brief form)] and the *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* [SIDES-SR (Portuguese version)].

An Exploratory Factor Analysis of the PID-5 brief form suggested a slight difference of the original form. Correlational analysis indicated a direct and significant relationship between PID-5 brief form Negative Affectivity and Psychoticism domains with all the scales and some subscales of SIDES-SR. These results are consistent with the literature, suggesting correlations between trait domains and the development of traumatic symptoms. This conclusion supports continuing the improvement and efforts within the work of using these two measurement tools which are still in an early adaption phase.

Future studies may aim to validate the factorial structure of both instruments with a larger and representative sample of the general Portuguese population as well as clinical samples.

Keywords: personality traits, complex trauma, attachment, adults

Índice Geral

Resumo.....	ii
<i>Abstract</i>	iii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	2
2.1. Ao encontro de uma visão global da personalidade.....	2
2.2. Trauma complexo como trauma de natureza interpessoal.....	8
2.3. A relação precoce como peça (des)organizadora.....	14
2.4. Traços de personalidade (mal)adaptativos na idade adulta.....	18
3. Objetivos e Hipóteses.....	23
4. Metodologia.....	24
4.1. Participantes.....	24
4.2. Instrumentos.....	26
4.2.1. QSD: Questionário Sociodemográfico.....	26
4.2.2. PID-5: Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos (Versão breve).....	26
4.2.3. SIDES-SR: <i>Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress</i>	27
4.3. Procedimentos.....	28
5. Resultados.....	28
5.1. Análise Fatorial Exploratória do PID-5 Versão breve.....	28
5.2. Resultados Descritivos.....	31
5.2.1. PID-5 Versão breve.....	31
5.2.2. SIDES-SR.....	34

5.3. Análise de Resultados.....	35
5.3.1. Estudos Correlacionais.....	35
5.3.2. Comparação de Médias.....	40
6. Discussão e Conclusões.....	42
6.1. Um sentido para os resultados.....	42
6.2. Limitações e novos caminhos a seguir.....	47
6.3. Contributos para a intervenção clínica.....	49
6.4. Algumas considerações finais.....	50
Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Características sociodemográficas dos participantes</i>	25
Quadro 2. <i>Valores próprios, percentagem de variabilidade explicada, comunalidade de cada item e pesos fatoriais de cada item nos cinco fatores retidos, após uma AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação Equamax, numa solução limitada a cinco fatores</i>	29
Quadro 3. <i>Alfas de Cronbach da escala total original do PID-5 versão breve versus escala total obtida pela AFE, bem como alfas de Cronbach dos fatores da escala original versus dos novos fatores obtidos pela AFE</i>	32
Quadro 4. <i>Resultados descritivos da escala total e dos novos fatores correspondentes aos domínios do PID-5 versão breve</i>	33
Quadro 5. <i>Resultados descritivos e alfas de Cronbach das escalas do SIDES-SR</i>	34
Quadro 6. <i>Escala do SIDES-SR a que pertence cada item com indicação para ser retirado, coeficiente de correlação de cada item com a escala, assim como alfas de Cronbach da escala com o item versus sem o item</i>	35
Quadro 7. <i>Coefficientes de Correlação de Spearman, e respetiva significância, entre os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR e os resultados da escala total e dos domínios da Afetividade Negativa e do Psicoticismo do PID-5 versão breve</i>	36
Quadro 8. <i>Coefficientes de Correlação de Spearman, e respetiva significância, entre o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve e os resultados da escala Alterações na Autoperceção, das subescalas Autodestrutividade e Preocupação Suicida da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos e da subescala Vitimização de Outros da escala Alterações na Relação com os Outros do SIDES-SR</i>	39

Quadro 9. <i>Coefficientes de Correlação de Spearman, e respectiva significância, entre o resultado do domínio da Desinibição do PID-5 versão breve e os resultados das subescalas Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual e Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos do SIDES-SR.....</i>	40
Quadro 10. <i>Média, desvio-padrão, estatística de teste t e valor-p para a escala total do PID-5 versão breve, assim como média das ordens, estatística de teste Z e valor-p para as escalas do SIDES-SR, nas populações com e sem vivências traumáticas.....</i>	41

Anexos

Anexo A – Critérios de diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático

Anexo B – Formulário de Consentimento

Anexo C – Análise Fatorial Exploratória do PID-5 versão breve

Anexo D – Análise de precisão para os itens dos novos fatores do PID-5 versão breve

Anexo E – Resultados descritivos das subescalas do SIDES-SR

Anexo F – Análise de precisão para os itens do SIDES-SR

Anexo G – Teste de normalidade para a escala total e novos fatores do PID-5 versão breve

Anexo H – Teste de normalidade para as escalas e subescalas do SIDES-SR

Anexo I – Estudos correlacionais

Anexo J – Teste de normalidade para a escala total do PID-5 versão breve e para as escalas do SIDES-SR nas populações com e sem vivências traumáticas

Anexo L – Teste à homogeneidade de variâncias de Levene para a escala total do PID-5 versão breve

Tenta ver através de mim.

O que encontras?

Tenta descrever o que sentes e o que vês.

Tenta reconstruir todas as memórias.

Quando recolheres todas as partes de mim, entrega-me.

Para que eu construa o *puzzle* há muito perdido.

1. Introdução

Este trabalho constitui um estudo exploratório das relações existentes entre os domínios da personalidade e a sintomatologia traumática inerente ao trauma complexo, segundo uma perspetiva dimensional e compreensiva da personalidade, na população geral adulta portuguesa.

Numa fase inicial, de modo a entender sob que perspetiva se olhará a personalidade, apresentar-se-ão algumas conceções da mesma desde a Grécia Antiga até à atualidade. Com isto, serão introduzidos dois modelos atuais – categorial e dimensional – sob os quais a personalidade normal e patológica tem sido descrita, tanto em contexto clínico como em investigação. Surgirá uma reflexão acerca dos mesmos, onde se irá concluir que os modelos dimensionais oferecem uma visão mais compreensiva e global do funcionamento da personalidade (Watson, 2006). O Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012) é um modelo que se insere nesta perspetiva. Este localiza os sujeitos num espectro dimensional de traços, conforme o grau de intensidade com que cada traço se expressa em cada indivíduo [American Psychiatric Association (APA), 2014]. Os cinco domínios de personalidade que constituem o modelo (Afetividade Negativa, Desprendimento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo) serão avaliados no presente estudo.

São vários os autores que têm estudado os sintomas presentes em vítimas de trauma e que têm concluído que a Perturbação de Stress Pós-Traumático [*Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD); APA, 2014] não abrange todos os sintomas descritos por esta população (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001). É neste contexto que será apresentado o *trauma complexo* que descreve a vivência de acontecimentos traumáticos crónicos e prolongados no desenvolvimento, geralmente ocorridos no seio de relações interpessoais (Luxenberg et al., 2001; van der Kolk, 2005). Os sintomas associados a este constructo constituem o diagnóstico de *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, & Mandel, cit. por Luxenberg et al., 2001), cujas constelações sintomáticas servirão de base ao presente estudo (Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos, Alterações na Atenção ou Consciência, Alterações na Autoperceção, Alterações na Relação com os Outros, Somatização e Alterações nos Sistemas de Significado).

Seguidamente, serão abordadas teorias da vinculação desde Bowlby e Mary Ainsworth a estudos de autores mais atuais que nestes se inspiraram. Estes visam

fomentar a reflexão acerca da forma como as relações precoces mais disfuncionais e potencialmente traumáticas podem prejudicar o desenvolvimento saudável da personalidade. Na secção seguinte, a última do enquadramento teórico, serão apresentados estudos empíricos sobre associações entre dimensões da personalidade e sintomatologia traumática (e.g., Holeva & Wells, 2001; Weinberg & Gil, 2016).

Para se fazer cumprir o objetivo deste estudo foram formuladas oito hipóteses com base nas teorias e estudos apresentados. A fim de se estudar as hipóteses formuladas recorreu-se ao *The Personality Inventory for DSM-5 – Brief form – Adult* (PID-5-BF; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013), na sua versão portuguesa, Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos (Versão breve) (PID-5 versão breve; Pires, Silva, Fagulha, & Gonçalves, 2014b), ao *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR; Pelcovitz et al., 1997; Spinazzola, Blaustein, Kisiel, & van der Kolk, cit. por Luxenberg et al., 2001), na sua versão portuguesa (Gonçalves, Duarte Silva, & Henriques Calado, 2016) e ainda se aplicou um Questionário Sociodemográfico (QSD). Os instrumentos utilizados serão devidamente descritos, tal como as características dos participantes e os procedimentos utilizados, no capítulo deste trabalho relativo à Metodologia. Finalmente, serão analisados os resultados referentes às hipóteses formuladas e discutidos esses mesmos resultados com base na literatura revista.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Ao encontro de uma visão global da personalidade

“I have made a ceaseless effort not to ridicule, not to bewail, not to scorn human actions, but to understand them.” (Baruch Spinoza, 1632-1677)

Antes de mais, convido o leitor a questionar que conceito é este, o de *personalidade*. Compreender as origens deste termo, tão frequentemente utilizado, muito nos ajuda a manuseá-lo de forma adequada. Explorar o sentido implícito da palavra *personalidade* é um passo para o entendimento das teorias e ideias envolventes.

Ora, *personalidade* descende da palavra latina *persona*, utilizada na Roma Antiga para denominar as máscaras utilizadas no teatro grego (Chaplin, 1981). Tais máscaras constituíam formas de representar emoções e pensamentos característicos de uma personagem. Nesta ótica, *persona* denominaria o que era expresso no desempenho de um papel pelo seu efeito externo. Posteriormente, *persona* passou a denominar o ator colocado atrás da máscara, com a sua panóplia de características íntimas e pessoais. No

século VI d.C., Boécio (cit. por Allport, 1973) já apresentava a seguinte definição: “*Persona est substantia individua rationalis naturae* – uma pessoa é uma substância individual de natureza racional” (p. 46).

Atualmente, como Carver e Scheier (1996) o descreveram, utilizamos o termo *personalidade* ao referirmo-nos: à continuidade ou consistência das características de outrem; a ações, pensamentos ou sentimentos com origem no próprio; ou às características mais salientes e representativas de alguém. Foi, contudo, Gordon Allport (1973) o primeiro autor a estudar o indivíduo como um ser detentor de modos de funcionamento diferenciados. Este introduziu a ideia de *traços de personalidade* como a predisposição de um sujeito para responder de maneira idêntica a diferentes tipos de estímulos. Segundo Allport, existiriam *traços individuais* e *traços comuns*. Os primeiros, exclusivos de cada sujeito e definidores do seu carácter. Os segundos dizem respeito aos que são partilhados por um grupo de indivíduos (e.g., aqueles pertencentes a uma mesma cultura), embora expressos em diferentes graus de intensidade. Allport oferece-nos, assim, uma compreensão bastante completa da personalidade, definindo-a como: “a organização dinâmica, no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam [o] seu comportamento e pensamento característicos” (p. 50).

Para além desta perspetiva, a personalidade pode ser concebida de variadas formas, de acordo com o modelo explicativo que a subjaz. Em jeito de analepse, foi com Sigmund Freud, com a abordagem psicanalítica, que a personalidade começou a ser objeto formal de estudo. Freud (1923/1978) considerava que a personalidade estava dividida em vários níveis – consciente, pré-consciente e inconsciente – consoante o grau de acesso aos seus conteúdos internos. Mais tarde introduziu, à anatomia da personalidade, três estruturas básicas – *Id*, *Ego* e *Superego* –, estas iriam substituir as noções utilizadas na divisão anterior, incluindo, como base, a *pulsão*. Segundo Freud (1969), as pulsões seriam os elementos básicos da personalidade, as forças motivacionais que guiariam o comportamento.

Mais tarde, Carl Jung (1960/1981) vem defender o ego (como centro do mundo consciente), o inconsciente pessoal e o inconsciente coletivo como os principais sistemas da personalidade. Jung (1950/1958) entendia que muitas das perceções conscientes e reações ao ambiente seriam determinadas por duas *atitudes mentais* opostas: extroversão e introversão. Na primeira, a energia psíquica seria canalizada para o mundo exterior, e na segunda, esta energia seria dirigida ao *self*. Todas as pessoas possuiriam as duas atitudes, mas uma seria a dominante e aquela que dirigia o comportamento e a consciência

da pessoa. Algum tempo depois, a estas duas atitudes acrescentou *funções psicológicas* (pensamento, sentimento, sensação e intuição), como formas distintas da pessoa perceber e apreender o mundo externo e o mundo interno subjetivo. Ao associar as quatro funções às duas atitudes psicológicas originou os oito *tipos psicológicos*, que pensava constituírem tipos de personalidade distintos.

Outro autor crucial para a compreensão do funcionamento da personalidade foi Erik Erikson (cit. por Fleming, 2004), que estudou o desenvolvimento da personalidade ao longo de todo o ciclo de vida. Assim, Erikson dividiu a personalidade em oito estágios psicossociais: 1º - confiança básica vs. desconfiança básica; 2º - autonomia vs. vergonha e dúvida; 3º - iniciativa vs. culpa; 4º - construtividade vs. inferioridade; 5º - identidade vs. confusão de papéis; 6º - intimidade vs. isolamento; 7º - produtividade vs. estagnação; e 8º - integridade vs. desespero. Erikson considerava que o processo de desenvolvimento era governado pelo *princípio epigenético*. Segundo este, as forças sociais e ambientais a que a pessoa estaria exposta influenciariam a resolução dos estágios de desenvolvimento (predeterminados geneticamente). Cada estágio corresponderia a um momento de crise e só após a sua resolução é que a personalidade poderia continuar a desenvolver-se normalmente.

Foram inúmeros os autores que desenvolveram teorias da personalidade e que inspiraram autores vindouros. Destaquei estes, como poderia ter destacado tantos outros que também auxiliaram a compreender o caminho efetuado até às ideias em voga. Entender o processo de mudança inerente às várias teorias da personalidade parece-me essencial, inclusive como bússola orientadora de perspetivas futuras.

Depois disto, considera-se pertinente apresentar o modelo de McAdams e Olson (2010), que surge como um modelo integrativo da personalidade. Este modelo olha a personalidade como um constructo desenvolvimentista, envolvendo continuidades e mudanças ao longo da vida. Assim, os autores propõem a integração de três valências da psicologia individual: traços disposicionais, adaptações características e narrativas de vida integrativas.

McAdams e Olson (2010) consideram que os traços são os primeiros a emergir, dando forma às diferenças individuais no temperamento expresso por cada pessoa, denominada por *ator social*. Na infância, o temperamento continua a desenvolver-se e a consolidar-se e os primeiros objetivos e motivações começam a aparecer, revelando uma nova conceção da pessoa como *agente ativo*. Na adolescência e início da idade adulta, a terceira valência começa a surgir, enquanto os traços e os objetivos continuam a evoluir.

Por razões cognitivas, sociais, culturais e existenciais, a pessoa torna-se *autor* da sua vida, construindo-se e vivendo segundo uma narrativa pessoal, que conta como foi, quem é, e em que se tornará em determinada altura e no próprio contexto cultural. As histórias de vida estão, portanto, assentes nos objetivos, e os objetivos têm como base os traços. Assim, espera-se que os traços disposicionais, as características adaptativas e as narrativas pessoais se interliguem num caminho complexo, significativo e, provavelmente, preditivo, que é o desenvolvimento da pessoa como um todo.

A personalidade tem sido estudada desde a sua vertente “normal” à sua manifestação mais patológica – a perturbação de personalidade. Esta tem sido caracterizada por “um desvio de longa duração em relação a um dado padrão cultural, desvio este que é generalizado a vários domínios de funcionamento e leva a dificuldades no relacionamento consigo mesmo e com os outros” (Ribeiro, 2010, p. 652).

Neste âmbito, são recorrentemente utilizadas medidas categoriais e/ou dimensionais de avaliação, e a decisão sobre qual a mais indicada à avaliação da personalidade é uma questão acompanhada por alguma controvérsia (Ribeiro, 2010). As medidas categoriais estabelecem um ponto de corte entre o que consideram constituir uma personalidade normal *versus* patológica. Por outro lado, as medidas dimensionais assentam no pressuposto de que os diagnósticos categoriais são artificiais e os seus pontos de corte, arbitrários, entendendo a personalidade normal e patológica num *continuum*. As medidas dimensionais assentam, então, em traços de personalidade avaliados pelo grau de severidade (Oldham, 2006).

A abordagem categorial de classificação de perturbações de personalidade certamente que tem vantagens (Widiger & Frances, 2002). A facilidade de conceptualização e comunicação é uma das vantagens, dado ser mais simples comunicar a presença de uma, duas ou três perturbações ao invés de se transmitir um perfil de pontuações ao longo de cinco ou mais dimensões. Outro ponto a favor destes sistemas é a familiaridade, pela tradição do uso de sistemas de classificação categoriais, que dificulta a transição para sistemas dimensionais. E, por último, a congruência com as decisões clínicas, dado que as opções de tratamento (e.g., institucionalização, medicação) tendem a ser categoriais (e.g., é ou não necessário prescrever medicação), e, portanto, o uso de um sistema categorial de diagnóstico é facilitador destas decisões.

Para além das vantagens apresentadas, a maior desvantagem da abordagem categorial é envolver uma decisão de presença ou ausência (Widiger & Frances, 2002). Muitos pacientes não satisfazem os critérios para o diagnóstico literal de determinada

perturbação, e uma abordagem dimensional permitiria aprofundar se a pessoa se encontra moderada ou severamente perturbada. Assim, os sistemas dimensionais vêm trazer contributos que tentam colmatar algumas das principais limitações dos sistemas categoriais (Widiger & Frances, 2002). Os sistemas dimensionais, ao ajudarem os técnicos a reter mais informação acerca da pessoa, permitem uma compreensão mais precisa, diminuindo a estereotipia e resolvendo ambiguidades no diagnóstico. Ao invés de uma visão homogénea de cada perturbação, pretendem captar a heterogeneidade de cada pessoa e auxiliar na decisão clínica. Nos sistemas categoriais, o diagnóstico estabelecido não pode ser decomposto em categorias, e a informação oferecida não é suficiente e aplicável a todos os contextos necessários (e.g., medicação, investigação, decisões judiciais). Assim, a flexibilidade é outro fator vantajoso dos sistemas dimensionais, pois cada dimensão encontrada serve a uma determinada decisão a tomar.

Watson (2006) entende que a perspetiva dimensional permite compreender o funcionamento da personalidade como um todo, tendo em conta as diferenças individuais. O Modelo de Personalidade dos Cinco Fatores [*Five Factor Model* (FFM) ou *Big Five*; Widiger & Costa, 1994], como modelo hierárquico da estrutura dos traços de personalidade, pode ser inserido nesta perspetiva. Os cinco fatores foram encontrados empiricamente, por análise fatorial, e posteriormente passaram a constituir as cinco dimensões alargadas de traços, estas são: Extroversão, Neuroticismo, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência. Cada uma destas dimensões gerais é composta por dimensões mais específicas, que tendem a ocorrer em conjunto, nomeadas de *facet*s. O instrumento que operacionaliza este modelo é o *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R; McCrae & Costa, 2003) que avalia a pessoa em cada dimensão, segundo o grau de intensidade com que a dimensão se manifesta no próprio.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta edição [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition* (DSM-5); American Psychiatric Association (APA), 2014], um traço de personalidade é definido como “a tendência para sentir, perceber, comportar-se e pensar de forma relativamente consistente ao longo do tempo e em diferentes situações em que o traço se possa manifestar” (p. 772). Considerar a dimensionalidade dos traços de personalidade permite localizar cada sujeito num espectro dimensional de traços, variando no grau de intensidade com que cada traço se expressa em cada indivíduo (APA, 2014). Contudo, o grau com que cada traço se expressa pode mudar ao longo da vida conforme o processo de maturação ou as experiências de vida do sujeito.

O Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 (Krueger et al., 2012) é o modelo subjacente ao Critério B do novo sistema de classificação e diagnóstico das perturbações da personalidade (APA, 2014). Empiricamente criado, tem a finalidade de oferecer uma perspetiva dimensional ao diagnóstico das perturbações de personalidade (Krueger, Hopwood, Wright, & Markon, 2014). Foi construído com base nos polos mal-adaptativos das dimensões presentes no FFM, e as suas dimensões têm também semelhanças com os domínios do *Personality Psychopathology Five* (PSY-5; Harkness & McNulty, 1994). O PSY-5 é um modelo que possui os seguintes domínios: Agressividade, Psicoticismo, Constrangimento, Emocionalidade Negativa e Extroversão/Emocionalidade Positiva.

Assim, o Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 é constituído por uma estrutura hierárquica com cinco domínios de personalidade, cada um compreendendo um conjunto de facetas mais específicas (Krueger et al., 2012). Os domínios que constituem o Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 são, então, os seguintes: Afetividade Negativa (vs. Estabilidade Emocional); Desprendimento (vs. Extroversão); Antagonismo (vs. Amabilidade); Desinibição (vs. Conscienciosidade); e Psicoticismo (vs. Lucidez). O *The Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012), existente na versão portuguesa (Pires, Silva, Fagulha, & Gonçalves, 2014a), é o instrumento de avaliação de traços de personalidade que operacionaliza este modelo. De autorrelato, este instrumento possui 220 itens na sua versão extensa e 25 itens na sua versão abreviada (Krueger et al., 2013), esta, também já existente na versão portuguesa (PID-5 versão breve; Pires et al., 2014b). À semelhança do NEO-PI-R, localiza a pessoa num espectro dimensional, consoante o grau de intensidade com que o próprio manifesta cada traço avaliado.

As definições dos domínios referentes ao Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5, e operacionalizados pelo PID-5, encontram-se no DSM-5 (pp. 928-930):

Afetividade Negativa – *Experiência frequente e intensa de níveis altos de um espectro alargado de emoções negativas (por exemplo, ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (por exemplo, autoagressão) e interpessoais (por exemplo, dependência). Facetas: Labilidade emocional, Ansiedade, Insegurança de separação, Submissão, Hostilidade, Perseveração, Depressividade, Suspeição e Afetividade restrita (ausência de).*

Desprendimento – *Evitamento de experiências socioemocionais, incluindo o afastamento de interações interpessoais (de relações casuais e de interações diárias a amigas e interações íntimas) e experiência e expressão afetiva restrita,*

particularmente capacidade hedônica limitada. Facetas: Afastamento, Evitamento de intimidade, Anedonia, Depressividade, Afetividade restrita e Suspeição.

Antagonismo – *Comportamentos que põem o indivíduo em desacordo com outras pessoas, incluindo um sentido exagerado de autoimportância e uma expectativa concomitante de tratamento especial, assim como antipatia insensível para com os outros, abrangendo tanto uma falta de consciência das necessidades e dos sentimentos dos outros como uma prontidão em usar os outros ao serviço do seu autoaperfeiçoamento. Facetas: Manipulação, Falsidade, Grandiosidade, Procura de atenção, Insensibilidade e Hostilidade.*

Desinibição – *Orientação para a gratificação imediata, comportamento impulsivo conduzido por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem ter em consideração as consequências futuras. Facetas: Irresponsabilidade, Impulsividade, Distratibilidade, Envolvimento em comportamentos de risco e Perfeccionismo rígido (ausência de).*

Psicoticismo – *Exibição de um amplo espectro de comportamentos ou de cognições estranhas, excêntricas e incomuns, culturalmente incongruentes, incluindo processos (por exemplo, percepção, dissociação) e conteúdo (por exemplo, crenças). Facetas: Crenças e experiências incomuns, Excentricidade e Desregulação cognitiva e perceptual.*

Refiro, ainda, que compreender a personalidade como uma estrutura complexa, dinâmica e contínua é um passo para considerar o indivíduo como um todo. Ter noção da individualidade de cada pessoa permite que estudemos as suas formas de pensar e de agir de maneira mais rigorosa e precisa. Considero que o estudo dos vários traços que formam a personalidade do sujeito é um pilar em que se deve investir. Na minha ótica, mais do que uma ferramenta empírica, considerar a personalidade como dimensional constitui em si uma forma mais humana de olhar o Outro.

2.2. Trauma complexo como trauma de natureza interpessoal

“From childhood’s hour I have not been / As others were; I have not seen / As others saw; I could not bring / My passions from a common spring. / From the same source I have not taken / My sorrow; I could not awaken / My heart to joy at the same tone; / And all I lov’d, I lov’d alone.” (Edgar Allan Poe, *Alone*, 1875)

Em 1980, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Terceira edição [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition* (DSM-III); APA] introduziu a Perturbação de Stress Pós-Traumático [*Post Traumatic*

Stress Disorder (PTSD)]. O que melhor caracteriza a PTSD é “o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos” (APA, 2014, p. 327). A manifestação clínica de PTSD é variada, contudo, é acompanhada por um conjunto de oito critérios de diagnóstico (cf. Anexo A), devidamente descritos no DSM-5 (APA, 2014).

Daqui em diante, utilizar-se-á a denominação *acontecimento traumático* quando se referir a um acontecimento que teve um efeito traumático no sujeito; e utilizar-se-á a expressão *acontecimento ameaçador* (potencialmente traumático) quando ainda não se sabe que efeito – traumático ou não – terá este acontecimento no sujeito. O termo *trauma* será empregue quando se referir ao efeito traumático, associado a constelações sintomatológicas específicas, resultantes da exposição ao acontecimento traumático.

Segundo van der Kolk (cit. por Luxenberg et al., 2001), os sintomas necessários ao diagnóstico de PTSD parecem estar presentes numa variedade de populações traumatizadas, como sobreviventes de rapto, vítimas de acidentes de viação, de violência doméstica, crianças abusadas ou refugiados. Contudo, ocorrem variações nas manifestações clínicas, por exemplo, entre pessoas que sobreviveram a um acidente de viação ou a um desastre natural e vítimas de abuso, negligência ou abandonos por parte dos seus cuidadores (Luxenberg et al., 2001). Na maioria dos casos, os sintomas de PTSD apresentados pela população clínica não parecem corresponder ao conjunto de critérios incluídos neste diagnóstico, aparecendo sintomas relacionados com outras perturbações (Ballenger et al., 2004). Van der Kolk et al. (1996) encontraram fortes relações entre a PTSD, sintomas de dissociação, somatização e desregulação afetiva, assim como a existência de outros sintomas não identificados nos critérios de diagnóstico de PTSD.

São vários os autores a sugerirem que o acontecimento traumático tem um impacto muito maior quando ocorre na infância ou na adolescência, e, geralmente, no próprio sistema de cuidados da criança (e.g., Cook et al., 2005; van der Kolk et al., 1996). Neste sentido, os autores que estudam o stress traumático têm adotado o termo *trauma complexo* a fim de descrever a experiência de acontecimentos traumáticos crónicos e prolongados no desenvolvimento (Luxenberg et al., 2001; van der Kolk, 2005). Os acontecimentos traumáticos, especialmente se ocorridos no campo interpessoal, podem ter efeitos no desenvolvimento da personalidade e resultar em sintomas como: desregulação afetiva crónica; agressividade acentuada para com o próprio ou direcionada a outros; sintomas dissociativos; ou somatizações (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Pelcovitz et al., 1997).

Desde a criação do diagnóstico de PTSD, têm sido introduzidas várias constelações sintomatológicas de forma a complementar e melhorar a precisão da compreensão clínica em vítimas de situações traumáticas (e.g., Herman & van der Kolk, cit. por Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997). É neste sentido que surge o diagnóstico de *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS; van der Kolk et al., cit. por Luxenberg et al., 2001) ou PTSD Complexo (Herman, 1992). A DESNOS é entendida como uma síndrome pós-traumática complexa, associada à exposição a acontecimentos traumáticos interpessoais crónicos e/ou severos (trauma complexo) (Luxenberg et al., 2001). Alguma da sintomatologia presente neste diagnóstico encontra-se descrita na secção “Características Associadas Que Suportam o Diagnóstico” de PTSD do DSM-5 (p. 330) e na secção “*Associated Features and Disorders*” de PTSD do DSM-IV (APA, 1995, p. 425). Os autores, para a criação deste diagnóstico, basearam-se no DSM-IV, dado o DSM-5 só ter aparecido posteriormente.

Este diagnóstico, embora não identificado no DSM como tal, requer a existência de alterações em seis áreas de funcionamento principais: 1) regulação do afeto e dos impulsos; 2) atenção ou consciência; 3) autoperceção; 4) relação com os outros; 5) somatização; e 6) sistemas de significado. Estas perturbações são devidamente descritas pelos seus autores (Luxenberg et al., 2001) e suportadas empiricamente – ideias e estudos que apresentarei de seguida.

Começo pelo critério das 1) Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos, que envolve as seguintes subescalas: a) Regulação Afetiva; b) Gestão da Raiva; c) Autodestrutividade; d) Preocupação Suicida; e) Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual; e f) Envolvimento em Situações de Risco. Os sujeitos com perturbações nesta área apresentam uma acentuada dificuldade em lidar com as próprias experiências emocionais (Luxenberg et al., 2001). Indivíduos com dificuldades neste âmbito tendem a reagir excessivamente a níveis de stress mínimos, sentindo-se facilmente sobrecarregados e apresentando reações extremas a estímulos neutros ou de moderada intensidade. Como forma de regular estas emoções, o recurso a comportamentos autodestrutivos (e.g., automutilação, consumo de substâncias psicoativas, desenvolvimento de perturbações alimentares) ou até a presença de ideação suicida, são comumente relatados por sujeitos que foram expostos a acontecimentos traumáticos precoces frequentes (Felitti et al., 1998). A esfera sexual é igualmente afetada, verificando-se o envolvimento em situações sexuais de risco, uma maior insatisfação sexual e a tendência à revitimização perante agressores [seja por parte de desconhecidos ou dos(as) próprios(as) companheiros(as)].

Tais comportamentos foram relatados essencialmente por adultos que, em criança, foram vítimas de abusos sexuais (Polusny & Follette, 1995). A desregulação afetiva espelha-se, ainda, nas dificuldades que estes indivíduos apresentam na expressão e gestão da raiva. Neste sentido, a agressividade é sentida como intrusiva dada a sua acentuada intensidade, em que qualquer ameaça é percebida como extremamente hostil, levando a reações inapropriadas ao seu contexto (Chemtob, Novaco, Hamada, Gross, & Smith, 1997).

O critério das 2) Alterações na Atenção ou Consciência divide-se nas subescalas: a) Amnésia; e b) Episódios Dissociativos Transitórios e Despersonalização. Neste âmbito, os fenómenos de amnésia referem-se a falhas de memória relativas a partes importantes da vida do sujeito (Luxenberg et al., 2001). Estas falhas podem envolver experiências particulares (e.g., obtenção de um grau académico) ou meses e até anos (e.g., o que aconteceu durante o tempo em que o próprio viveu em determinada cidade). Sujeitos traumatizados podem, ainda, ter dificuldade em recordar-se do que foi discutido em psicoterapia, entre sessões, estando estes conteúdos, muitas das vezes, associados ao acontecimento traumático. Os fenómenos dissociativos caracterizam-se pela incapacidade que os sujeitos com este tipo de problemáticas apresentam em integrar a informação afeta à experiência traumática a que foram sujeitos na forma como se percebem e como percebem o mundo (Luxenberg et al., 2001). Os fenómenos dissociativos foram encontrados com maior frequência em sujeitos que sofreram de abuso físico, sexual ou negligência materna (Draijer & Langeland, 1999). Este género de fenómenos divide-se em: dissociação primária, dissociação secundária e dissociação terciária (van der Kolk, van der Hart, & Marmar, 1996). Quando os elementos sensoriais e emocionais associados ao acontecimento traumático não são passíveis de serem integrados na memória e na identidade do sujeito, permanecem afastados da consciência. Estes elementos acabam por emergir sob forma de recordações, pesadelos ou *flashbacks*, fenómeno que se denomina por dissociação primária. Alguns indivíduos relatam a experiência de abandonar o próprio corpo no momento do acontecimento traumático, observando-se à distância, como se de espectadores se tratasse, fenómeno que se denomina por dissociação secundária. Isto evita o verdadeiro impacto do trauma, impedindo que os indivíduos contactem com os sentimentos e emoções associadas. Por vezes, o sujeito desenvolve estados de consciência que contêm a experiência traumática, criando identidades complexas com padrões comportamentais, afetivos e cognitivos distintos. Alguns destes estados podem conter a dor, o medo ou a raiva, relacionados com determinada experiência traumática, enquanto outros estados podem não ter consciência

do acontecimento traumático e das emoções envolvidas, permanecendo completamente adaptados à rotina diária do sujeito. Este fenómeno denomina-se por dissociação terciária.

O critério das 3) Alterações na Autoperceção divide-se nas seguintes subescalas: a) Ineficácia; b) Dano Permanente; c) Culpa e Responsabilidade; d) Vergonha; e) Sentimento de Incompreensão e f) Minimização. As perturbações nesta área correspondem a uma visão negativa do próprio sujeito como pouco afetivo, debilitado ou indesejável (Herman, 1998). Sujeitos com este tipo de alterações ilustram um pensamento semelhante ao pré-operatório da criança quando se coloca no “centro do universo” e se considera causadora dos seus próprios maltratos. Estes indivíduos tendem a sentir que ninguém compreende a sua experiência, por um lado, ou podem minimizá-la drasticamente como não tendo tido qualquer impacto em si ou nas suas dificuldades correntes. É também frequente que estes sujeitos pensem possuir alguma falha de carácter que o agressor teria detetado e sobre a qual teria atuado (Luxenberg et al., 2001).

O critério das 4) Alterações na Relação com os Outros possui as seguintes subescalas: a) Incapacidade em Confiar; b) Revitimização; e c) Vitimização de Outros. Verificou-se que mulheres que foram vítimas de abuso sexual na infância relatam mais experiências negativas, como violência doméstica, violações ou sentimentos de baixa auto-estima, do que mulheres não traumatizadas sexualmente (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999). Outro estudo, também com mulheres vítimas de abuso físico e sexual na infância, demonstrou uma maior incidência de perturbações de personalidade *borderline* e evitante e de sintomas da esfera psicótica (e.g., paranoia) (Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987). Observou-se que 70% de homens que se tornaram agressores sofreram agressões em criança, suportando a ideia de que existe um “ciclo de violência” em sujeitos maltratados (Lisak, Hopper, & Song, 1996). Indivíduos que foram expostos a acontecimentos traumáticos na infância apresentam dificuldades em sinalizar os seus próprios sentimentos de inquietação, raiva ou dor, e em reconhecer atitudes inapropriadas de outras pessoas para consigo. Tendem a perpetuar o contacto com indivíduos que os envergonham ou maltratam, por incapacidade de reagir face aos mesmos. O estabelecimento de relações interpessoais conflituosas é a sua forma de estar em relação e fá-los sentir vivos (Luxenberg et al., 2001).

O critério da 5) Somatização envolve as seguintes subescalas: a) Sistema Digestivo; b) Dor Crónica; c) Sintomas Cardiopulmonares; d) Sintomas de Conversão; e e) Sintomas Sexuais. Esta área compreende um role de queixas físicas nas subáreas apresentadas, sem aparente explicação médica (Luxenberg et al., 2001). Em vítimas de

abuso sexual infantil verificou-se a presença de queixas somáticas como dor pélvica crónica, perturbações do foro ginecológico ou sintomas gastrointestinais (Berkowitz, 1998). Mais ainda, as pessoas que viveram acontecimentos traumáticos precoces parecem desenvolver fatores de risco para o surgimento de doenças como cancro, cardiopatia isquémica ou doença pulmonar obstrutiva crónica, que os colocam em perigo de vida (Felitti et al., 1998). Foi realizado um estudo com recurso à tomografia de emissão de positrões (PET – *Positron Emission Tomography*) (Rauch et al., 1996) em sujeitos com PTSD. Tendo-se verificado que, quando expostos a estímulos que lhes fazem lembrar a vivência traumática, há uma maior perfusão sanguínea e utilização de oxigénio em áreas do hemisfério direito associadas a estados emocionais e à excitação emocional automática (van der Kolk, 1996). Contudo, ocorre simultaneamente uma diminuição da utilização de oxigénio na área de Broca – responsável pela criação de palavras que se iriam associar à experiência interna (van der Kolk, 1996). Isto acentua a ideia de que os estados internos associados à experiência traumática, quando não passíveis de serem verbalizados, potenciam a emergência de sintomas psicossomáticos como principal via de expressão (Harber & Pennebaker, 1992).

Por último, o critério das 6) Alterações nos Sistemas de Significado divide-se nas subescalas: a) Desespero e Desesperança; e b) Perda de Crenças Base. Os indivíduos com estas características olham a vida “*through a dark lens*” (Luxenberg et al., 2001, p. 380). Apresentam uma intensa dificuldade em formular opiniões, fazer escolhas, atuar em seu próprio benefício ou implementar mudanças na própria vida (Luxenberg et al., 2001). Experimentam sentimentos de elevada desesperança para com a vida e de falta de confiança (Herman, 1998). A perda de crenças base reflete-se na constante dúvida de que a vida tenha um sentido ou propósito (Herman, 1998). Os sujeitos traumatizados tendem a questionar o sistema de crenças ético-religiosas sob o qual cresceram, considerando qualquer força espiritual como maquiavélica ou insensível ao sofrimento humano (Luxenberg et al., 2001).

O diagnóstico de DESNOS é operacionalizado pelo *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR; Pelcovitz et al., 1997; Spinazzola et al., cit. por Luxenberg et al., 2001), existente na versão portuguesa (Gonçalves et al., 2016). Este é um instrumento construído a partir de uma entrevista, denominada *Structured Interview of Disorders of Extreme Stress* (SIDES; Pelcovitz et al., 1997). O SIDES-SR é, então, um instrumento de autorrelato constituído por 45 itens e desenvolvido para avaliar: a) a severidade de DESNOS; b) a severidade de cada uma das seis áreas sintomatológicas; e

c) as mudanças na sintomatologia ao longo do tempo. A avaliação da sintomatologia inerente a estas seis áreas é feita através de uma escala contínua de severidade apresentada para cada item. Os resultados obtidos por este instrumento oferecem informação não só das áreas principais como também das subsescalas correspondentes a cada área. O SIDES-SR, para além de auxiliar no diagnóstico de DESNOS, visa uma avaliação compreensiva do mesmo. É utilizado tanto para fins clínicos como para investigação.

2.3. A relação precoce como peça (des)organizadora

“I soothe my conscience now with the thought that it is better for hard words to be on paper than that Mummy should carry them in her heart.” (Anne Frank, 1929-1945)

Quando se fala na relação entre a criança e o seu cuidador – relação precoce – torna-se essencial abordar dois grandes pioneiros do estudo da vinculação: John Bowlby e Mary Ainsworth. Os inovadores contributos tanto experimentais como teóricos destes dois autores inspiraram um grande número de investigações da atualidade, merecendo assim que sobre eles nos debrucemos com especial atenção.

Foi através do estudo de comportamentos de vinculação noutras espécies animais que Bowlby (1969/1971) explicou a dinâmica das relações precoces em humanos. Assim, percebeu a emergência de comportamentos inatos com funções sociais, independentemente da satisfação das necessidades vitais. Comportamentos como chuchar no dedo ou na chucha eram adotados por crianças em situações de ameaça moderada a fim de se acalmarem. Bowlby foi, então, dos primeiros investigadores a admitir a relação entre separações mãe-bebé e sentimentos de perda e de perigo por parte da criança, afirmando *“the young child’s hunger for his mother’s love and presence is as great as is hunger for food”* (p. 13).

A grande contribuição de Mary Ainsworth para o estudo da vinculação prende-se com o seu procedimento laboratorial denominado por *Situação Estranha* (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Este procedimento insere-se no estudo longitudinal acerca do desenvolvimento da vinculação mãe-bebé no seu primeiro ano de vida, contemplando uma série de observações de díades mãe-bebé. Primeiramente, as díades foram observadas na própria habitação dos participantes e, numa fase posterior, em laboratório. A *Situação Estranha*, realizada em laboratório, consiste em oito episódios apresentados numa determinada ordem e com durações standardizadas para todos os sujeitos. Nestes episódios, o bebé era estimulado a explorar um conjunto de brinquedos numa sala não-

familiar. Isto, na presença da mãe; na presença da mãe e de uma estranha; na presença unicamente da estranha; e na ausência de ambas.

Para a avaliação da *Situação Estranha*, Ainsworth et al. (1978) tiveram em conta a classificação dos bebés de acordo com os seus padrões comportamentais de vinculação. Assim, obtiveram-se três grupos principais que foram denominados por: grupo inseguro-evitante (A); grupo seguro (B); e grupo inseguro-ansioso/ambivalente (C). O Grupo A é caracterizado por um notável evitamento da proximidade ou interação do bebé com a mãe, não mostrando qualquer agitação face à sua ausência. No Grupo B, o bebé deseja e procura ativamente o contacto, a proximidade e a interação com a mãe, protestando quando este contacto é quebrado. Já no Grupo C, o bebé apresenta uma forte procura de proximidade e contacto físico com a mãe conjugados com alguma resistência, mostrando-se mais agressivo do que os bebés dos restantes grupos ou claramente passivo. Estes grupos viriam a constituir os atuais três estilos de vinculação, aos quais foi, posteriormente, adicionado um quarto, designado *estilo desorganizado/desorientado* (Main & Solomon, cit. por Soares, Martins, & Terreno, 2007).

Num estudo posterior, efetuado pelos mesmos autores (Ainsworth et al., 1978), verificou-se que o comportamento dos bebés estaria associado à forma como as mães lidavam com os filhos. Mães mais rejeitantes e menos afetivas estariam tendencialmente associadas a bebés do grupo inseguro-evitante da *Situação Estranha*, mães mais responsivas e afetivas corresponderiam a bebés maioritariamente classificados no grupo seguro, e mães mais imprevisíveis e intrusivas corresponderiam, geralmente, a bebés classificados no grupo inseguro-ansioso/ambivalente. A qualidade da vinculação estaria assim associada ao comportamento da mãe com o seu bebé no quotidiano.

Os contributos de Mary Ainsworth inspiraram Bowlby (1973/1975) a aprofundar a sua teoria e a acrescentar que processos de vinculação perturbados, envolvendo separações, negligência ou a perda da figura de vinculação, podem estar fortemente associados ao desenvolvimento de perturbações de personalidade futuras. Bowlby realça, também, que as separações e perdas não são os únicos agentes que poderão desviar o sujeito de um processo saudável de desenvolvimento. Qualquer acontecimento classificado como stressante, especialmente quando ocorre num indivíduo mais vulnerável (por vulnerável, entenda-se, com um estilo de vinculação mais inseguro), pode comprometer o seu desenvolvimento. Para Bowlby (1988), mais do que a satisfação de uma necessidade básica, a presença contínua e a disponibilidade emocional do cuidador mostram-se cruciais para o desenvolvimento normal da criança e futuro adulto.

Diversos autores (e.g., Fonagy, 2000; Mikulincer & Shaver, 2016; van der Kolk, 2014) têm-se baseado nas teorias de vinculação de Bowlby e Ainsworth para a compreensão da forma como as experiências precoces, mais ou menos traumáticas, organizam as diversas áreas da personalidade do sujeito, desde a infância à idade adulta.

O impacto das relações precoces adaptativas e mal-adaptativas nos estilos de vinculação que se estabelecem e na capacidade de mentalização e regulação emocional tem sido bastante explorado nesta ótica desenvolvimentista (e.g., Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Segundo Fonagy e Bateman (2007), a mentalização é a capacidade de dar sentido aos estados mentais do próprio e dos outros, em termos de estados intencionais subjetivos. Esta capacidade permite a compreensão dos desejos, sentimentos e pensamentos dos outros e do próprio, guiando o comportamento e favorecendo as interações sociais (e.g., Fonagy, 2000; Fonagy et al., 2002).

Fonagy et al. (2002) defendem que a capacidade de o cuidador observar as mudanças nos estados mentais da criança a cada momento é um fator crítico para o desenvolvimento da capacidade de mentalização. Isto ajuda a criança a encontrar na mente do cuidador um espelho dos seus próprios estados mentais, obtendo, assim, uma imagem de si como alguém motivado por crenças, sentimentos e intenções. À medida que a criança vai conseguindo identificar os seus estados mentais e conter as suas emoções, vai ficando menos dependente da capacidade de espelhamento da mãe. Para desenvolver esta capacidade, é necessário que a criança tenha experienciado uma “*good enough mother*”, citando Winnicott (1953, p. 53), capaz de se adaptar às suas necessidades. Em lares onde isso não foi possível, a criança fica aquém de desenvolver adequadamente a capacidade de mentalizar e, conseqüentemente, de auto-regular as suas emoções, o que acontece em estilos de vinculação inseguros ou desorganizados (Fonagy et al., 2002).

Tem sido algo consensual a ideia de que os padrões de vinculação tendem a manter-se na idade adulta e influenciam a forma como a personalidade é organizada, bem como a maneira como o adulto responde às diversas situações stressantes que lhe surgem (e.g., Fraley, 2002; Mikulincer & Shaver, 2016; van der Kolk, 2014).

Sroufe e Waters (1977), com base nas teorias de Bowlby e Ainsworth, salientaram a vinculação como constructo organizador, permitindo que a ligação afetiva funcione como mediador do comportamento adaptativo. Fraley (2002) foi um dos autores a verificar que o estilo de vinculação na idade adulta, mais especificamente no seio de um relacionamento amoroso, tende a manter-se relativamente próximo ao estilo de

vinculação observado na infância. Neste sentido, Fraley também defende que as relações precoces funcionariam como um protótipo para as relações futuras com os pares.

Mikulincer e Shaver (2016) tentam descrever a forma como cada estilo de vinculação pode estar associado a um determinado *modelo interno de funcionamento* (Bowlby, 1975). Assim, um indivíduo com um estilo de vinculação seguro, cujo cuidador terá sido responsivo e disponível, perante uma ameaça, irá mais facilmente recorrer a uma pessoa próxima a fim de procurar ajuda e auto-regular as suas emoções. Deste modo, face a situações stressantes, são promovidos sentimentos de esperança e otimismo. Um indivíduo com um estilo de vinculação desorganizado, cujo cuidador não foi tão próximo e responsivo, tende a estar mais alerta ao ambiente exterior, elevando rapidamente os seus níveis de ansiedade. Por conseguinte, sujeitos com um estilo de vinculação ansioso/ambivalente ou evitante tendem a escapar das situações identificadas como ameaçadoras sem se confrontarem emocionalmente com as mesmas.

No contexto das relações precoces mal-adaptativas, vários autores têm estudado o trauma segundo uma perspetiva desenvolvimentista que interessa aqui explorar (e.g., Allen, Lemma, & Fonagy, 2012; van der Kolk, 2014). Dos fatores mais relevantes para um acontecimento ameaçador ser ou não traumático salienta-se o seu significado para quem o experiencia (Martens, 2005), de acordo com as representações internas do sujeito e os mecanismos que este tem disponíveis para responder ao estímulo (Allen et al., 2012). Neste sentido, van der Kolk (2014), autor do conceito de *trauma complexo*, dá crucial importância à relação dual como pedra basilar na maturação emocional do indivíduo e na capacidade de confronto e elaboração de acontecimentos potencialmente traumáticos. Este autor recorre a Lyons-Ruth (2003) para explicar que, perante um acontecimento stressante, negar e dissociar poderão constituir os únicos recursos disponíveis do sujeito. E, como Bowlby (cit. por van der Kolk, 2014, p. 123) já havia dito: “*What cannot be communicated to the [m]other cannot be communicated to the self*”.

Considera-se essencial olhar o sistema de vinculação “apenas” como o início de todo um processo complexo de desenvolvimento do *self* e da personalidade. Embora haja uma forte relação entre o sistema de vinculação e os padrões relacionais que se desenvolvem, esta não é linear (Sroufe, 2005); é um processo que está constantemente a ser integrado com experiências posteriores. Assim sendo, a interação do sistema de vinculação com fatores vindouros, traumáticos ou não, tem implicações para o desenvolvimento mais “normal” ou mais “patológico” da personalidade (Sroufe, 2005; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005).

2.4. Traços de personalidade (mal)adaptativos na idade adulta

“Felizes os que choram, porque serão consolados.” (Mt 5, 4)

Até ao momento, ainda não existem estudos que relacionem a personalidade numa perspectiva dimensional com o trauma complexo. Contudo, os traços de personalidade têm sido estudados no âmbito da sua relação com o desenvolvimento de sintomas de PTSD relativamente a fatores como: a vivência objetiva de um acontecimento ameaçador, potencialmente traumático (e.g., Reis, Francisco Carvalho, & Elhai, 2016); a vivência subjetiva do acontecimento ameaçador (e.g., Weinberg & Gil, 2016); ou a vivência de acontecimentos ameaçadores no âmbito interpessoal em particular (e.g., Sudbrack, Manfro, Kuhn, Carvalho, & Lara, 2015).

Alguns dos estudos que contemplam os traços de personalidade e a PTSD (e.g., Engelhard & van den Hout, 2007; Weinberg & Gil, 2016) utilizaram os domínios do FFM (Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência) descritos por Widiger e Costa (1994), não tendo sido encontrado nenhum estudo que adotasse os traços mal-adaptativos do Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 (Krueger et al., 2012).

Weinberg e Gil (2016) estudaram os fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia associada à PTSD após a exposição a acontecimentos ameaçadores, potencialmente traumáticos. Nos fatores de risco a explorar incluíram a vivência objetiva e subjetiva do acontecimento ameaçador, sintomas dissociativos e os traços de personalidade do FFM. A vivência objetiva consistiu na avaliação do tipo de acontecimento ameaçador experienciado: acidentes de viação, morte violenta de alguém significativo, combates militares ou ataques terroristas e abusos físicos ou sexuais. A vivência subjetiva do acontecimento ameaçador incluiu a proximidade ao acontecimento e a ameaça percebida.

Neste estudo (Weinberg & Gil, 2016), verificou-se que uma maior proximidade ao acontecimento ameaçador, uma perceção de ameaça exacerbada e sintomas dissociativos constituem fortes fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de PTSD. Os autores encontraram, ainda, valores significativamente elevados nas dimensões Extroversão e Abertura à Experiência em vítimas de acidentes de viação, enquanto vítimas de abusos físicos ou sexuais mostraram níveis significativamente elevados de Neuroticismo. Contudo, apenas o Neuroticismo apresentou uma relação direta e significativa com o aparecimento de sintomas de PTSD. Este domínio também mostrou

uma relação direta e significativa com a percepção do acontecimento como altamente ameaçador, constituindo este último, como já referi, um forte fator de risco para o desenvolvimento de PTSD. Os autores associam esta relação à própria formulação teórica do Neuroticismo, caracterizado pela tendência para responder a situações adversas com emoções fortes e instáveis (APA, 2014). Por outro lado, sujeitos com elevados níveis de Extroversão e Abertura à Experiência e, por isso, mais sociáveis, positivos e interessados em novas ideias e experiências (APA, 2014), tendem a estar mais expostos a situações de risco e a não interpretar os acontecimentos potencialmente traumáticos como ameaçadores. As vítimas de abusos físicos ou sexuais foram as que apresentaram níveis mais elevados de sintomas dissociativos – forte fator de risco no desenvolvimento de PTSD.

Os resultados de Weinberg e Gil (2016) vão ao encontro dos resultados de outro estudo realizado com combatentes de guerra (Engelhard & van den Hout, 2007). Aqui, os sintomas de PTSD mostraram uma relação direta e significativa com a percepção mais elevada de um acontecimento como ameaçador e com níveis elevados de Neuroticismo, mas apenas em situações de menor stress. Num estudo anterior (Dohrenwend et al., 2006), também com combatentes de guerra, verificou-se que a maioria dos sujeitos que haviam experienciado acontecimentos com níveis elevados e muito elevados de stress não desenvolvia sintomas de PTSD. Os autores concluíram que a ausência de relação entre stress elevado e sintomas de PTSD poderia indicar a existência de fatores protetores que reduziriam a vulnerabilidade à PTSD. Com base neste estudo, Engelhard e van den Hout (2007) defendem que a exposição a acontecimentos ameaçadores de menor stress deixa mais espaço para a utilização de formas mais enviesadas de processar o acontecimento. Nesta perspetiva, sujeitos com elevados níveis de Neuroticismo enviesariam o processamento do acontecimento ao recordarem-se mais facilmente dos seus aspetos negativos, ficando mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas de PTSD.

Jakšić, Brajković, Ivezić, Topić e Jakovljević (2012) efetuaram uma revisão de literatura onde apresentam uma panóplia de estudos que reforçam a relação entre o Neuroticismo e o desenvolvimento de sintomas de PTSD. Contudo, também apresentam estudos indicadores da existência de relações entre o desenvolvimento de PTSD e outras dimensões da personalidade. Num destes estudos, realizado por Holeva e Tarrier (2001), os autores investigaram o contributo da personalidade e da dissociação peritraumática na prevalência de sintomas de PTSD em vítimas de acidentes de viação. A dissociação peritraumática é uma reação (caracterizada por desrealização, despersonalização, amnésia

e alteração na percepção temporal) que ocorre no momento em que uma pessoa é exposta a um acontecimento ameaçador e que se tem verificado ser um fator preditor do desenvolvimento de doenças mentais, nomeadamente de PTSD.

Os resultados obtidos neste estudo (Holeva & Tarrier, 2001) mostraram a existência de relações diretas e significativas entre as dimensões do Neuroticismo e Psicoticismo e o desenvolvimento de sintomas de PTSD. A dissociação peritraumática também se mostrou diretamente relacionada de forma significativa com o Neuroticismo e o Psicoticismo. Encontrou-se, ainda, uma relação direta entre a dissociação peritraumática e o desenvolvimento de PTSD, mas não tão forte como as relações destas duas variáveis (dissociação peritraumática e PTSD) com as dimensões de personalidade mencionadas. Holeva e Tarrier dizem que indivíduos com níveis mais elevados de Neuroticismo, ao terem traços ansiosos mais salientes, tornam-se mais propensos ao desenvolvimento de sintomatologia traumática. Os autores justificam, também, que os sintomas dissociativos logo após o acontecimento ameaçador podem estar associados aos elevados níveis de Neuroticismo envolvidos no recalçamento do acontecimento. Assim, os sintomas de PTSD parecem ser resultado dos traços de personalidade subjacentes e não um resultado direto do acontecimento ameaçador.

Reis et al. (2016) analisaram a relação entre traços de personalidade, crenças pós-traumáticas e o desenvolvimento de sintomas de PTSD em contextos de desastre. Os autores utilizaram o *Dimensional Clinical Personality Inventory* [Inventário Dimensional Clínico de Personalidade (IDCP); Carvalho & Primi, 2015], instrumento de avaliação por autorrelato, que operacionaliza a personalidade em 12 dimensões: Dependência, Agressividade, Humor Instável, Excentricidade, Procura de Atenção, Desconfiança, Grandiosidade, Isolamento, Evitamento da Crítica, Auto-Sacrifício, Conscienciosidade e Impulsividade. As crenças pós-traumáticas foram avaliadas em três dimensões: crenças negativas sobre o *self*, sobre o mundo e auto-culpabilização.

Assim, o grupo de sujeitos que foram expostos a um desastre natural (cheias) obtiveram resultados mais altos nas dimensões do IDCP (exceto na Procura de Atenção e Impulsividade) do que o grupo de sujeitos que não foram expostos a este acontecimento. Sujeitos com crenças pós-traumáticas e sintomas de PTSD apresentaram também níveis mais altos no IDCP, seguidos dos que relataram crenças pós-traumáticas sem sintomas de PTSD. Ou seja, a presença de crenças pós-traumáticas possui uma relação mais forte com as características de personalidade do que os sintomas de PTSD. Os autores interpretam que estes resultados, em grande parte, se devem ao facto de as dimensões do IDCP

constituírem polos mais disfuncionais da personalidade. Assim, as dimensões do IDCP, por estarem associadas a crenças de incapacidade e baixa autoconfiança, medo intenso de humilhação ou crítica e envolvimento em atividades violentas e de risco, seriam fortes predisponentes ao desenvolvimento de sintomas de PTSD.

Elices et al. (2015) focaram-se na relação entre características da personalidade, a exposição a acontecimentos ameaçadores, potencialmente traumáticos, ocorridos na infância e a capacidade de *mindfulness*, em sujeitos com Perturbação de Personalidade Borderline (APA, 2014). Em indivíduos com esta perturbação de personalidade, salientam-se características como, uma forte desregulação emocional, comportamentos impulsivos, perturbações de identidade e conflitos interpessoais. A personalidade foi avaliada pela terceira versão revista do *Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ-III-R; Aluja & Garcí, 2003). Este é constituído pelos eixos seguintes: Neuroticismo – Ansiedade (N-Anx); Impulsividade – Procura de Sensações (ImpSS); Agressão – Hostilidade (AggHost); Atividade (Act); Sociabilidade (S). Entre os acontecimentos ameaçadores ocorridos na infância, incluíram-se: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional.

Quanto à capacidade de *mindfulness*, os autores (Elices et al., 2015) recorrem a Kabat-Zinn (1990) que a descreve como a capacidade de tomar atenção ao momento presente de maneira aceitante e sem julgamento ou reatividade para com a própria experiência. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney (2006) diferenciaram cinco facetas no constructo de *mindfulness*: observar a experiência presente (estar atento a experiências internas ou externas, como sensações corporais, pensamentos ou emoções); descrever a experiência presente (nomear a experiência interna); agir com consciência (foco na tarefa ao invés de agir mecanicamente); não-julgamento da experiência interna (adotar uma postura isenta de crítica dos próprios pensamentos e emoções); e não-reatividade à experiência interna (permitir a emergência de pensamentos e sentimentos sem se ficar absorvido por estes). Este constructo tem semelhanças com o conceito de mentalização, sendo uma capacidade melhor desenvolvida em sujeitos mais seguros, organizados e com uma maior capacidade de regulação emocional (Fonagy et al., 2002).

Os autores (Elices et al., 2015) encontraram uma relação inversa e significativa entre o eixo N-Anx e a tendência para agir com consciência. Sujeitos no eixo N-Anx revelaram, ainda, elevados níveis de julgamento e de reatividade para com a experiência interna. Encontrou-se uma relação inversa e significativa entre o eixo ImpSS e o não-julgamento da experiência interna. Verificou-se, também, uma relação inversa e

significativa entre situações de abuso sexual e a tendência para agir com consciência. Ainda se observou uma relação direta e significativa entre situações de abuso sexual e a existência de crítica para com os estados internos do próprio e dos outros, associada a uma menor capacidade de *mindfulness*. Os autores defendem que a presença de pensamentos e memórias relacionados com o acontecimento ameaçador impedem que o sujeito contacte com a sua experiência interna.

Ainda no âmbito interpessoal, a exposição a separações potencialmente traumáticas parece estar diretamente relacionada com certas constelações de traços de personalidade (Malone, Westen, & Levendosky, 2011). As constelações antissocial, internalizante/evitante, emocionalmente desregulado e hostil/paranoide tendem a estar presentes em sujeitos que foram expostos a separações potencialmente traumáticas, ao contrário de personalidades mais resilientes. Personalidades com traços antissociais e com uma maior desregulação emocional obtiveram as relações mais fortes com situações de separação nas relações precoces e com uma menor capacidade de mentalização.

Sudbrack et al. (2015) estudaram a relação entre a exposição a acontecimentos ameaçadores, potencialmente traumáticos, ocorridos na infância (i.e., abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional) e traços de personalidade. Os traços de personalidade foram operacionalizados pelo modelo *Affective and Emotional Composite Temperament* (AFECT; Lara et al., 2012). Este é composto por doze tipos de temperamento afetivo que serviram de base aos dez traços emocionais considerados pelos autores: vontade, desejo, raiva, medo, precaução, vulnerabilidade emocional, confrontação, controlo, ansiedade e estabilidade.

O estudo de Sudbrack et al. (2015) mostrou uma relação direta e significativa entre a exposição a acontecimentos ameaçadores e a presença de traços mais disfuncionais, como a raiva ou a vulnerabilidade emocional. Foi, também, encontrada uma relação inversa e significativa entre a exposição a acontecimentos ameaçadores e a presença de traços mais funcionais, como o controlo, a confrontação ou a estabilidade. Os autores recorrem à hipótese “cumulativa” do stress (Nedersf & Schmidt, 2012) para explicar que a acumulação de acontecimentos ameaçadores, potencialmente traumáticos, na infância torna os sujeitos mais vulneráveis ao aparecimento de patologias na idade adulta comparativamente a sujeitos que não vivenciaram este tipo de acontecimentos.

Embora ainda não hajam estudos que relacionem os traços mal-adaptativos do modelo de traços proposto no DSM-5 com o desenvolvimento de sintomas de PTSD, são vários os autores que têm demonstrado empiricamente a existência de associações entre

estes traços e as dimensões do FFM (Gore & Widiger, 2013; Pires, Silva, & Sousa Ferreira, 2015; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015; Suzuki, Griffin, & Samuel, 2016; Watson, Stasik, Ro, & Clark, 2013). Segundo estes autores, as dimensões alinham-se da seguinte forma: Afetividade Negativa – Neuroticismo; Desprendimento – baixa Extroversão; Antagonismo – baixa Amabilidade; Desinibição – baixa Conscienciosidade. Alguns defendem, ainda, a existência do alinhamento Psicoticismo – Abertura à Experiência, mas como uma associação menos robusta (e.g., Gore & Widiger, 2013; Watson et al., 2013). Mais recentemente, tem-se verificado que o Psicoticismo não se relaciona com a dimensão da Abertura à Experiência na sua globalidade, mas sim com algumas das suas facetas (Suzuki et al., 2015; Suzuki, et al., 2016).

Embora sejam necessários mais estudos que aprofundem as associações entre as dimensões subjacentes a estes dois instrumentos, a demonstração empírica destas associações parece constituir um forte contributo a estudos futuros na área da Personalidade. Conforme apresentado, é notória a influência que as características da personalidade têm no desenvolvimento de sintomatologia traumática. O estudo das relações existentes entre os traços mal-adaptativos do Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 e a sintomatologia traumática, parece crucial a uma descrição compreensiva do polo mais patológico da personalidade.

3. Objetivos e Hipóteses

Este constitui, então, um estudo exploratório dos domínios da personalidade e a sua relação com sintomas traumáticos adjacentes ao *trauma complexo*, sob uma visão contínua, dimensional e compreensiva da personalidade. Estudo este efetuado com recurso a dois instrumentos (PID-5 versão breve e SIDES-SR) que também se encontram em fase de estudo e de aperfeiçoamento. É de notar, ainda, que a amostra foi recolhida na população normal, em que os níveis de psicopatologia na amostra são desconhecidos. Dado isto, pode-se prever uma variação de resultados em termos de intensidade, ainda que não atinjam necessariamente valores muito severos.

A fim de se ver clarificado o objetivo proposto, e com base na revisão de literatura efetuada, elaboraram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Prevê-se uma relação direta entre o resultado da escala total do PID-5 versão breve e os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR;

Hipótese 2: Prevê-se uma relação direta entre o resultado do domínio da Afetividade Negativa do PID-5 versão breve e os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR;

Hipótese 3: Prevê-se uma relação direta entre o resultado do domínio do Psicoticismo do PID-5 versão breve e os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR;

Hipótese 4: Espera-se que o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve tenha uma relação inversa com o resultado da escala Alterações na Autopercepção do SIDES-SR;

Hipótese 5: Espera-se que o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve tenha uma relação inversa com os resultados das subescalas Autodestrutividade e Preocupação Suicida da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos do SIDES-SR;

Hipótese 6: Espera-se que o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve tenha uma relação direta com o resultado da subescala Vitimização de Outros da escala Alterações na Relação com os Outros do SIDES-SR;

Hipótese 7: Prevê-se uma relação direta entre o resultado do domínio da Desinibição do PID-5 versão breve e os resultados das subescalas Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual e Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos do SIDES-SR;

Também é possível analisar a existência de relações entre algumas variáveis presentes no Questionário Sociodemográfico (QSD) aplicado e as dimensões avaliadas pelo PID-5 versão breve, bem como a sintomatologia traumática avaliada pelo SIDES-SR. Dito isto, acrescento a seguinte hipótese:

Hipótese 8: Espera-se que as pessoas que relatam a vivência de situações traumáticas no QSD tenham resultados mais elevados na escala total do PID-5 versão breve e nas escalas do SIDES-SR.

4. Metodologia

4.1. Participantes

Para a realização do presente estudo obteve-se uma amostra de 338 sujeitos. A amostra de sujeitos foi obtida por conveniência, através do Método Bola de Neve, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e

nacionalidade portuguesa. No Quadro 1 representam-se as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 1. *Características sociodemográficas dos participantes*

		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín	Máx
<i>Sexo</i>	Masculino	132	39.1				
	Feminino	206	60.9				
<i>Idade</i>				41.07	13.56	18	83
<i>Nível de ensino</i>	< 4º ano	7	2.1				
	4º ano	5	1.5				
	6º ano	16	4.7				
	9º ano	52	15.4				
	12º ano	96	28.4				
	Licenciatura ou mais	162	47.9				
<i>Grupo laboral</i>	Empregado	262	77.5				
	Desempregado	26	7.7				
	Reformado	18	5.3				
	Dona de casa	3	.9				
	Estudante	29	8.6				
<i>Estado civil</i>	Solteiro	104	30.9				
	Casado ou						
	Vivendo como tal	197	58.5				
	Viúvo	6	1.8				
	Divorciado ou separado	30	8.9				

Como indica o Quadro 1, a média de idades dos participantes é de 41.07 ($DP = 13.56$). A idade mínima é de 18 anos e a máxima de 83. É uma amostra pouco equilibrada quanto ao género, com 39% de homens e 61% de mulheres. Quanto ao nível de ensino, 76% dos participantes possuem o 12º ano ou mais, o que reflete um predomínio da elevada escolaridade. A amostra é constituída por representantes de vários grupos laborais e dos vários estados civis.

4.2. Instrumentos

A fim de se concretizar o presente estudo, recorreu-se aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico (QSD); *The Personality Inventory for DSM-5 – Brief form – Adult* (PID-5-BF; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013), na sua versão portuguesa, Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos (Versão breve) (PID-5 versão breve; Pires et al., 2014b); e *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR; Pelcovitz et al., 1997; Spinazzola et al., cit. por Luxenberg et al., 2001), traduzido para utilização na população portuguesa por Gonçalves et al. (2016).

4.2.1. QSD: Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico (QSD) com 16 itens que pretende recolher dados acerca da idade, sexo, estado civil, presença de traumas, entre outras questões que poderão trazer informações relevantes ao estudo.

4.2.2. PID-5: Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos (Versão breve)

Para a avaliação e compreensão dos traços de maior relevo na amostra de sujeitos, foi utilizado o PID-5 versão breve. Este constitui um instrumento que operacionaliza o Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 que está subjacente ao Critério B do novo sistema de classificação e diagnóstico das perturbações da personalidade (APA, 2014). Tem por base um modelo empírico que estruturalmente permite caracterizar os polos disfuncionais do *Five Factor Model* (FFM) e o modelo *Personality Psychopathology Five* (PSY-5). Permite, pois, identificar a presença de padrões específicos de traços como padrões comportamentais mais ou menos estáveis (Krueger & Markon, 2014).

A versão abreviada do PID-5 é constituída por 25 itens que avaliam, numa medida contínua de severidade, os cinco domínios da personalidade: Afetividade Negativa (itens 8, 9, 10, 11 e 15); Desprendimento (itens 4, 13, 14, 16 e 18); Antagonismo (itens 17, 19, 20, 22 e 25); Desinibição (itens 1, 2, 3, 5 e 6); e Psicoticismo (itens 7, 12, 21, 23 e 24). O conteúdo a avaliar em cada item é medido numa escala de 0 (*muito falso ou muitas vezes falso*) a 3 pontos (*muito verdade ou muitas vezes verdade*). Os traços que os itens descrevem, quando inflexíveis, maladaptativos e causando prejuízo ou sofrimento, caracterizam as manifestações estilísticas das sete perturbações da personalidade na nova classificação de perturbações da personalidade (Krueger & Markon, 2014).

Dado ainda não existirem estudos que contemplem as qualidades psicométricas deste instrumento para a população portuguesa, apresentar-se-ão estudos com o PID-5

versão breve, efetuados noutros países, e com o PID-5 versão longa, adaptado e validado para Portugal. A versão abreviada do PID-5, num estudo com adolescentes italianos (Fossati, Somma, Borroni, Markon, & Krueger, 2015), obteve um índice de precisão elevado para a escala total, com um alfa de Cronbach de .83, e índices de precisão de baixos a moderados para cada domínio, com alfas entre .59 (Desprendimento) e .77 (Psicoticismo). Os autores de outro estudo (Anderson, Sellbom, & Salekin, 2016), realizado com estudantes americanos, também obtiveram alfas de baixos a moderados para cada um dos domínios do PID-5 versão breve, de .68 (Antagonismo) a .78 (Psicoticismo). Quanto à análise do PID-5 versão longa (Pires, Silva, & Sousa Ferreira, 2015), este mostrou índices de precisão de moderados a fortes para cada um dos domínios, com alfas de .79 (Desinibição) a .92 (Afetividade Negativa).

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

Quanto à avaliação e compreensão da sintomatologia contemplada no constructo de *trauma complexo*, foi utilizado o SIDES-SR. É um questionário utilizado para o diagnóstico e avaliação da severidade de sintomas da entidade nosológica *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS).

Este instrumento tem 45 itens e avalia o trauma complexo, também numa medida contínua de severidade, em seis *clusters* sintomatológicos: Regulação do Afeto e dos Impulsos (itens 1 a 19); Atenção ou Consciência (itens 20 a 24); Autoperceção (itens 25 a 30); Relação com os Outros (itens 31 a 35); Somatização (itens 36 a 40); e Sistemas de Significado (itens 41 a 45). Oferece informação sobre a presença de sintomas traumáticos ao longo da vida (*lifetime presence*) e sobre a presença e a intensidade desses sintomas no último mês (*current presence* e *current severity*, respetivamente). Enquanto a *lifetime presence* e a *current presence* são avaliadas numa escala nominal dicotómica (*Sim/Não*), a *current severity* é avaliada numa escala de severidade de 0 a 3 pontos. No presente estudo, vai ser utilizada a *current severity* como medida associada às escalas e subescalas do SIDES-SR. Considera-se que um resultado igual ou superior a 2 pontos já possui relevância clínica (Luxenberg et al., 2001).

A versão original do SIDES-SR apresenta índices de consistência interna de moderados a fortes para cada escala, com alfas de .74 a .82 (Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, cit. por Luxenberg et al., 2001). Contudo, a escala da Somatização obteve um índice um pouco baixo, com um alfa de .68, pelo que os autores aconselham que esta escala deva ser interpretada com precaução.

4.3. Procedimentos

O presente estudo está inserido no Projeto de Investigação intitulado “Personalidade e Psicopatologia II”, desenvolvido por Professores da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Este tem como objetivo a compreensão do fenómeno psicológico multidimensional, subjacente à Personalidade e à Psicopatologia, através da avaliação empírica de alguns domínios fundamentais, no contexto da população geral adulta. Para tal, foram utilizados nove instrumentos de avaliação, dos quais se analisará os três instrumentos apresentados, de acordo com o objetivo proposto.

O protocolo de investigação e o consentimento informado (cf. Anexo B), que teria de ser lido e assinado antes do preenchimento dos questionários, foi colocado num envelope e entregue presencialmente a cada sujeito, tendo sido feita uma explicação prévia do estudo, sempre que possível. O protocolo era devidamente selado e entregue após o seu preenchimento. Em todo o processo foi garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos resultados.

Os dados foram posteriormente sujeitos a análise estatística, utilizando, para tal, o *software* IBM SPSS Statistics (v. 22, IBM SPSS, New York).

5. Resultados

5.1. Análise Fatorial Exploratória do PID-5 Versão breve

De modo a concluir se é possível replicar a estrutura de cinco dimensões (Afetividade Negativa: itens 8, 9, 10, 11 e 15; Desprendimento: itens 4, 13, 14, 16 e 18; Antagonismo: itens 17, 19, 20, 22 e 25; Desinibição: itens 1, 2, 3, 5 e 6; e Psicoticismo: itens 7, 12, 21, 23 e 24) encontrada no PID-5 versão breve (Krueger et al., 2013), com os dados da amostra em estudo, efetuou-se uma Análise Fatorial Exploratória (AFE).

A estrutura relacional dos itens do PID-5 versão breve, para a amostra do presente estudo, foi avaliada usando uma AFE seguindo a mesma abordagem de análise fatorial que foi utilizada no estudo inicial, isto é, sobre a matriz de correlações, com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação Equamax, numa solução limitada a cinco fatores (cf. Anexo C).

Foram retidos os fatores comuns de acordo com o critério de Kaiser, a variabilidade explicada pelo modelo e o *Scree Plot*. De acordo com estes critérios, a estrutura relacional dos itens do PID-5 versão breve é explicada por cinco fatores latentes. Para avaliar a validade da aplicação da AFE utilizou-se o critério de Kaiser-Meyer-Olkin

(KMO) como medida da homogeneidade das variáveis. Observou-se um valor de KMO de .831, espelhando uma boa validade da AFE. No Quadro 2 apresentam-se os valores próprios associados aos fatores, a percentagem de variabilidade explicada por cada fator, a comunalidade de cada item e os pesos fatoriais de cada item em cada um dos cinco fatores.

Quadro 2. *Valores próprios, percentagem de variabilidade explicada, comunalidade de cada item e pesos fatoriais de cada item nos cinco fatores retidos, após uma AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação Equamax, numa solução limitada a cinco fatores*

	Fator					
	1	2	3	4	5	
Valor próprio	5.97	2.13	1.76	1.46	1.44	
Variabilidade explicada (%)	23.9	8.5	7	5.8	5.8	
Item	Pesos fatoriais					Comunalidade
1	.70	.17	.06	.04	.01	.52
2	.48	.17	.06	.07	.30	.36
3	.60	.11	.05	.11	.36	.51
4	.60	.22	.21	.09	.14	.48
5	.69	.08	.04	.11	-.17	.52
6	.58	.02	.10	.02	.21	.39
7	.42	.55	.16	-.08	.16	.54
8	-.08	.08	.25	-.15	.60	.46
9	.18	-.05	.00	-.14	.70	.54
10	.11	.19	.04	.15	.53	.35
11	.38	.26	.27	.07	.23	.34
12	.03	.67	.10	.14	.07	.48
13	.03	.08	.55	.11	.06	.32
14	.06	.05	.80	.15	.19	.68
15	.23	.25	.50	.07	.32	.47
16	-.01	.17	.81	.06	.12	.71
17	.10	.00	.19	.63	-.20	.48
18	.26	.18	.64	.13	-.11	.53

19	.15	.21	.07	.29	.54	.45
20	-.03	.18	.06	.44	.32	.33
21	.12	.77	.08	.10	.13	.65
22	.06	.04	.08	.83	.04	.70
23	.22	.73	.13	-.01	.07	.60
24	.06	.69	.29	.16	.14	.61
25	.07	.06	.08	.85	.04	.74

Nota. Itens com pesos fatoriais superiores a .40 em valor absoluto apresentam-se a negrito.

Comparando a distribuição dos itens em cada fator encontrado na AFE (representada no Quadro 2) com a estrutura original do PID-5 versão breve, pode-se afirmar que o fator 1 apresenta uma estrutura semelhante ao domínio da Desinibição, o fator 2 é idêntico ao domínio do Psicoticismo, o fator 3 é semelhante ao domínio do Desprendimento, o fator 4 é semelhante ao domínio do Antagonismo e o fator 5 é semelhante ao domínio da Afetividade Negativa. Como se verifica no Quadro 2, a variabilidade explicada por cada fator, que perfaz um total de 51%, permite afirmar que os cinco fatores retidos são indicados para descrever a estrutura relacional latente. O modelo apresenta, ainda, comunalidades tendencialmente moderadas e boas, e algumas um pouco baixas. Esperar-se-ia que todas as comunalidades fossem superiores a .5, não se verificando este critério para alguns itens, significando que esses itens não são tão bem explicados pelo modelo como os restantes.

Olhando mais detalhadamente para a distribuição dos itens em cada fator, é de notar que o item 4 (“Sinto frequentemente que nada do que eu faço tem realmente importância”), que originalmente caracteriza o Desprendimento, satura no fator 1, semelhante ao domínio da Desinibição. Isto pode-se dever à tradução do próprio item, formulado originalmente como “*I often feel like nothing I do really matters*”. Embora a tradução tenha sido validada por especialistas e segundo linhas orientadoras (International Teste Commission, 2010), há subtilezas da língua original que poderão levar a diferenças na interpretação do item pela amostra estudada. Assim, ao invés de remeter para um sentimento de menos-valia, característico do Desprendimento, o item 4 pode ter sido interpretado no sentido de uma impulsividade e despreocupação quanto às consequências das próprias ações, características da Desinibição. O item 7 (“Frequentemente, os meus pensamentos não fazem sentido para os outros”) satura nos fatores 1 e 2, porém, é melhor explicado pelo fator 2. Assim, o item tem indicação para ser incluído no fator 2, idêntico

ao domínio do Psicoticismo, onde o item originalmente se insere. O item 11 (“Fico preso(a) a uma forma de fazer as coisas, ainda que seja evidente que não resulta”), que na versão original do instrumento faz parte da dimensão Afetividade Negativa, apresenta pesos demasiado baixos em todos os fatores, pelo que tem indicação para ser retirado da estrutura original. Traduzido da formulação original “*I get stuck on one way of doing things, even when it’s clear it won’t work*”, e na ausência de uma outra justificação alusiva à tradução, isto pode ser consequência de alguma imprecisão na constituição do próprio item ou até mesmo fruto da forma como foi compreendido pela amostra em questão (Fachel & Comey, 2000). O item 15 (“Fico facilmente irritado(a) por qualquer tipo de coisas”), traduzido de “*I get irritated easily by all sorts of things*”, e que originalmente caracteriza a Afetividade Negativa, satura no fator 3, semelhante ao Desprendimento. Na versão longa do PID-5, o item 15 integra a faceta Hostilidade, que faz parte da Afetividade Negativa, e também se sabe que a Afetividade Negativa partilha a faceta Depressividade com o domínio do Desprendimento. Assim sendo, o item 15 pode ter sido interpretado no sentido de um estado de tensão e irritabilidade interiores que também podem estar presentes em pessoas num estado depressivo, e por isso ter sido inserido no fator 3, semelhante ao Desprendimento. O item 19 (“Anseio por atenção”), que caracteriza originalmente o Antagonismo, satura no fator 5, semelhante à Afetividade Negativa. Este resultado parece fruto da tradução do próprio item, traduzido de “*I crave attention*”. Enquanto a formulação original remete para uma necessidade de atenção algo narcísica, na direção da ideia “eu mereço atenção”, o termo “anseio” parece conduzir a uma procura desesperada de atenção e a uma forte dependência do outro. Esta possível interpretação do item pela amostra em estudo parece ir mais ao encontro do que caracteriza a Afetividade Negativa ao invés do que caracteriza o Antagonismo.

Todavia, para se decidir acerca da estrutura do PID-5 versão breve a ser utilizada nas análises seguintes, e de forma a complementar a AFE já efetuada, é necessário recorrer a análises de precisão, que serão apresentadas de seguida.

5.2. Resultados Descritivos

5.2.1. PID-5 Versão breve

Seguidamente, vai ser caracterizada a precisão da estrutura original do PID-5 versão breve e da estrutura que resultou da AFE, através do Alfa de Cronbach. O Quadro 3 apresenta os índices de precisão da escala total do PID-5 versão breve e da escala total

obtida pela AFE, bem como dos fatores da escala original e dos novos fatores obtidos pela AFE.

Quadro 3. *Alfas de Cronbach da escala total original do PID-5 versão breve versus escala total obtida pela AFE, bem como alfas de Cronbach dos fatores da escala original versus dos novos fatores obtidos pela AFE*

Domínio	Alfa de Cronbach	
	Escala total original	Nova escala total
	Fator da escala original	Novo fator
	.85	.85
Desinibição	.69	.73
Psicoticismo	.77	.77
Desprendimento	.70	.73
Antagonismo	.62	.59
Afetividade Negativa	.56	.54

Pela análise do Quadro 3, pode-se afirmar que a escala total apresenta um índice de precisão elevado em ambas as estruturas do PID-5 versão breve. Já os novos fatores, à semelhança das escalas originais, apresentam níveis moderados de precisão, à exceção dos fatores semelhantes aos domínios da Afetividade Negativa e do Antagonismo, que apresentam índices de precisão um pouco baixos. De facto, a AFE parece conduzir a uma estrutura um pouco diferente da original, ficando alguns fatores com mais itens (logo a tendência para o alfa ser superior) e outros com menos (logo a tendência para o alfa baixar). Estes resultados assemelham-se aos que foram encontrados por outros autores, que também obtiveram um alfa elevado para a escala total (Fossati et al., 2015) e alfas de baixos a moderados para cada um dos domínios do PID-5 versão breve (Anderson et al., 2016; Fossati et al., 2015).

Analisando de seguida o comportamento de cada item nos novos fatores do PID-5 versão breve, verifica-se que a maioria dos itens apresenta correlações moderadas com os respetivos fatores ($.30 \leq r \leq .65$) e contribui para a sua precisão, à exceção dos itens 13 e 20 (cf. Anexo D). O item 13, incluído no fator 3, semelhante ao Desprendimento, apresenta um moderado coeficiente de correlação com a escala ($r = .36$), mas não parece contribuir para a fiabilidade da mesma ($\alpha = .73$ com o item e $\alpha = .74$ sem o item). Contudo, a AFE indica um peso fatorial moderado para este item, e não contribuindo, nem prejudicando muito a precisão do fator, decidiu-se manter o item 13 na estrutura resultante

da AFE. O item 20, incluído no fator 4, semelhante ao Antagonismo, apresenta um coeficiente de correlação com a escala um pouco baixo ($r = .24$) e não contribui para a fiabilidade da mesma ($\alpha = .59$ com o item e $\alpha = .69$ sem o item), pelo que possui indicação para ser retirado. Porém, na AFE este item tem um peso fatorial moderado e, embora aumente bastante o índice de precisão do novo fator se for retirado, não se afasta muito do índice do fator da escala original ($\alpha = .62$). Mais ainda, a presença deste item no fator 4 contribui para uma maior abrangência de características avaliadas pelo próprio domínio. Dado isto, mantém-se o item 20 no fator 4, como resultou da AFE.

Pela AFE e pelas análises de precisão efetuadas, pode-se concluir que a nova estrutura parece a mais indicada a ser utilizada na amostra em estudo. Assim sendo, os fatores resultantes da AFE irão constituir os domínios do PID-5 versão breve a serem utilizados nas análises seguintes, cuja composição será a seguinte: Desinibição: itens 1, 2, 3, 4, 5 e 6; Psicoticismo: itens 7, 12, 21, 23 e 24; Desprendimento: itens 13, 14, 15, 16 e 18; Antagonismo: itens 17, 20, 22 e 25; e Afetividade Negativa: itens 8, 9, 10 e 19.

Quanto aos valores da Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo dos domínios do PID-5 versão breve, estes foram encontrados tendo como base a nova estrutura apresentada. Os resultados descritivos da escala total e dos novos fatores correspondentes aos domínios do PID-5 versão breve encontram-se no Quadro 4.

Quadro 4. *Resultados descritivos da escala total e dos novos fatores correspondentes aos domínios do PID-5 versão breve*

Domínio	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Escala total	338	.81	.40	.00	2.08
Desinibição	338	.79	.56	.00	2.67
Psicoticismo	338	.67	.61	.00	2.40
Desprendimento	338	.78	.62	.00	2.60
Antagonismo	338	.34	.45	.00	3.00
Afetividade Negativa	338	1.54	.63	.00	3.00

O Quadro 4 mostra que há uma tendência para resultados médios de baixa severidade, com exceção da Afetividade Negativa, que apresenta um resultado médio mais próximo do meio da escala. No entanto, regista-se uma dispersão elevada das respostas, tanto a nível global, como em cada novo fator.

5.2.2 SIDES-SR

O SIDES-SR é um instrumento que está, ainda, numa fase muito inicial do seu processo de adaptação para a população portuguesa. Collings (2013) também defende que a estrutura fatorial que constitui este instrumento não tem sido suportada empiricamente. Devido a isto, optou-se por não estudar a estrutura fatorial do SIDES-SR.

A precisão de cada escala do SIDES-SR foi, também, avaliada a partir do Alfa de Cronbach. Pelo facto de grande parte das subescalas do SIDES-SR serem constituídas por apenas um item, não foi possível analisar a precisão das mesmas.

As escalas e subescalas do SIDES-SR foram descritas com base nas seguintes medidas: Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo (cf. Anexo E). Os resultados descritivos e os alfas de Cronbach das escalas do SIDES-SR encontram-se no Quadro 5.

Quadro 5. *Resultados descritivos e alfas de Cronbach das escalas do SIDES-SR*

Escala	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín	Máx	α
Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos	320	.20	.33	.00	1.61	.60
Alterações na Atenção ou Consciência	331	.21	.54	.00	3.00	.50
Alterações na Autopercepção	326	.09	.24	.00	1.33	.51
Alterações na Relação com os Outros	332	.16	.40	.00	2.56	.55
Somatização	329	.07	.23	.00	1.60	.52
Alterações nos Sistemas de Significado	329	.18	.46	.00	2.50	.41

Pela análise do Quadro 5, pode-se afirmar que as escalas do SIDES-SR apresentam índices de precisão bastante baixos. Os resultados médios de severidade são, também, tendencialmente baixos, embora exista uma variabilidade de respostas elevada. As escalas Alterações na Atenção ou Consciência, Alterações na Relação com os Outros e Alterações nos Sistemas de Significado, ainda assim, obtêm alguns resultados com significado clínico (2 ou mais pontos). Quanto às subescalas do SIDES-SR, estas obtiveram, igualmente, resultados médios tendencialmente baixos ($M = .03$; $DP = .27$ a $M = .35$; $DP = .81$) e uma variabilidade elevada das respostas (0 a 3 pontos).

Quanto aos itens que compõem as escalas do SIDES-SR, a maioria possui correlações fracas ou bastante fracas, e alguns, moderadas, com a escala a que pertencem ($.08 \leq r \leq .46$). A maioria contribui para a precisão da escala, à exceção dos itens 7, 11, 15, 19, 30, 32, 42 e 45, que têm indicação para serem retirados (cf. Anexo F). O Quadro 6 apresenta a escala a que pertence cada item com indicação para ser retirado, o

coeficiente de correlação de cada item com a escala, assim como o índice de precisão da escala na presença e na ausência do item.

Quadro 6. *Escala do SIDES-SR a que pertence cada item com indicação para ser retirado, coeficiente de correlação de cada item com a escala, assim como alfas de Cronbach da escala com o item versus sem o item*

Item	Escala	<i>r</i>	Alfa de Cronbach da escala	
			Com o item	Sem o item
7		.18		.61
11	Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos	.08	.60	.61
15		.13		.61
19		.11		.61
30	Alterações na Autoperceção	.13	.51	.53
32	Alterações na Relação com os Outros	.17	.55	.57
42	Alterações nos Sistemas de Significado	.09	.41	.43
45		.08		.46

Através do Quadro 6, verifica-se que os itens 7, 11, 15, 19, 30, 32, 42 e 45 possuem correlações muito fracas com a escala a que pertencem e o índice de precisão das escalas sobe um pouco se estes itens forem retirados. No entanto, dado este instrumento estar numa fase muito inicial do seu processo de adaptação para a população portuguesa, optou-se por referir os itens que apresentam baixa consistência interna e que têm indicação para serem retirados sem propor alterações à composição das escalas. Assim sendo, nas análises seguintes utilizar-se-ão as escalas da estrutura original do SIDES-SR.

5.3 Análise de Resultados

5.3.1. Estudos Correlacionais

A fim de concluir sobre a veracidade das hipóteses 1 a 7 previamente estabelecidas, apresentam-se de seguida os estudos correlacionais necessários. Correspondendo os domínios do PID-5 versão breve e as escalas e subescalas do SIDES-SR a variáveis quantitativas, contínuas e expressas em escala métrica, poderia recorrer-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson para estudar a relação entre diversos pares de

escalas e/ou subescalas, mas o estudo da significância deste coeficiente exige a normalidade das distribuições das variáveis em análise.

A normalidade das distribuições da escala total do PID-5 versão breve, dos novos fatores que correspondem aos domínios do PID-5 versão breve e das escalas e subescalas do SIDES-SR foi estudada segundo os seguintes critérios: Coeficientes de Assimetria e de Curtose, Teste de Ajustamento de Kolmogorov-Smirnov e as representações gráficas Q-Q plots (cf. Anexos G e H). Pela análise dos critérios referidos, conclui-se que a escala total do PID-5 versão breve, a Afetividade Negativa, a Desinibição e o Psicoticismo apresentam distribuições aproximadamente normais. Enquanto o Desprendimento e o Antagonismo não se distribuem segundo a normal. Quanto às escalas e subescalas do SIDES-SR, não é possível considerar a normalidade da distribuição de nenhuma das mesmas.

Na ausência de normalidade da distribuição de alguns dos domínios do PID-5 versão breve e de todas as escalas e subescalas do SIDES-SR, decidiu-se aplicar o Coeficiente de Correlação de Spearman, e respetiva significância (cf. Anexo I), dado este ser um teste não paramétrico. Utilizou-se como critério: se $r_s < .25$, a relação é fraca; se $.25 \leq r_s < .75$, a relação é moderada; e se $r_s \geq .75$, a relação é forte (Marôco, 2014).

No Quadro 7 encontram-se os resultados correspondentes à Hipótese 1 (“Prevê-se uma relação direta entre o resultado da escala total do PID-5 versão breve e os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR”), à Hipótese 2 (“Prevê-se uma relação direta entre o resultado do domínio da Afetividade Negativa do PID-5 versão breve e os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR”) e à Hipótese 3 (“Prevê-se uma relação direta entre o resultado do domínio do Psicoticismo do PID-5 versão breve e os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR”).

Quadro 7. *Coeficientes de Correlação de Spearman, e respetiva significância, entre os resultados das escalas e subescalas do SIDES-SR e os resultados da escala total e dos domínios da Afetividade Negativa e do Psicoticismo do PID-5 versão breve*

Escala e subescalas SIDES-SR	Escala total PID-5 versão breve	Domínio PID-5 versão breve	
		Afetividade Negativa	Psicoticismo
Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos	.40**	.23**	.33**
Regulação Afetiva	.34**	.27**	.30**

Gestão da Raiva	.32**	.21**	.26**
Autodestrutividade	.14*	.02	.15**
Preocupação Suicida	.12*	.10	.17**
Dificuldade em Gerir o			
Envolvimento Sexual	.22**	.14*	.18**
Envolvimento em			
Situações de Risco	.10	.03	.07
Alterações na Atenção ou			
Consciência	.30**	.13*	.26**
Amnésia	.16**	.11	.12*
Episódios			
Dissociativos			
Transitórios e			
Despersonalização	.30**	.11	.30**
Alterações na			
Autoperceção	.34**	.12*	.27**
Ineficácia	.16**	.03	.16**
Dano Permanente	.23**	.10	.18**
Culpa e			
Responsabilidade	.20**	.12*	.18**
Vergonha	.18**	.14**	.13*
Sentimento de			
Incompreensão	.16**	.07	.10
Minimização	.21**	.12*	.21**
Alterações na Relação			
com os Outros	.31**	.15**	.26**
Incapacidade em			
Confiar	.29**	.13*	.21**
Revitimização	.19**	.16**	.22**
Vitimização de Outros	.18**	.08	.19**
Somatização	.17**	.17**	.19**
Sistema Digestivo	.09	.05	.13*
Dor Crónica	.16**	.18**	.15**

Sintomas			
Cardiopulmonares	.13*	.12*	.10
Sintomas de Conversão	.14*	.08	.19**
Sintomas Sexuais	.07	-.02	.07
Alterações nos Sistemas			
de Significado	.30**	.12*	.27**
Desespero e			
Desesperança	.29**	.13*	.25**
Perda de Crenças Base	.16**	.05	.17**

Nota. Valores a negrito indicam correlações significativas. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Pela análise do Quadro 7, pode-se verificar que a escala total do PID-5 versão breve se relaciona direta e significativamente, embora de forma fraca a moderada, com todas as escalas do SIDES-SR ($.17 \leq r_s \leq .40$; $p < .05$ ou $p < .01$) e com a maioria das subescalas ($.12 \leq r_s \leq .34$; $p < .05$ ou $p < .01$). A subescala Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos e as subescalas Sistema Digestivo e Sintomas Sexuais da escala Somatização apresentam relações diretas, muito fracas, mas não significativas, com a escala total do PID-5 versão breve ($.07 \leq r_s \leq .10$; $p > .05$). Assim, pode-se dizer que a Hipótese 1 foi parcialmente confirmada ao nível de significância .01 ou .05.

O Quadro 7 informa que o domínio da Afetividade Negativa do PID-5 versão breve apresenta relações diretas e significativas, embora fracas, com todas as escalas do SIDES-SR ($.12 \leq r_s \leq .23$; $p < .05$ ou $p < .01$) e com a maioria das subescalas ($.12 \leq r_s \leq .27$; $p < .05$ ou $p < .01$). As seguintes subescalas mostram relações diretas, muito fracas, mas não significativas ($.02 \leq r_s \leq .11$; $p > .05$): Autodestrutividade, Preocupação Suicida e Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos; Amnésia e Episódios Dissociativos Transitórios e Despersonalização da escala Alterações na Atenção ou Consciência; Ineficácia, Dano Permanente e Sentimento de Incompreensão da escala Alterações na Autopercepção; Vitimização de Outros da escala Alterações na Relação com os Outros; Sistema Digestivo e Sintomas de Conversão da escala Somatização; e Perda de Crenças Base da escala Alterações nos Sistemas de Significado. Este domínio apresenta, ainda, uma relação inversa, extremamente fraca e não significativa com a subescala Sintomas Sexuais da escala Somatização ($r_s = -.02$; $p > .05$). Assim, confirma-se parcialmente a Hipótese 2 ao nível de significância .01 ou .05.

O Quadro 7 indica, ainda, que o domínio do Psicoticismo do PID-5 versão breve apresenta relações diretas e significativas, embora de fracas a moderadas, com todas as escalas do SIDES-SR ($.19 \leq r_s \leq .33$; $p < .05$ ou $p < .01$) e com a maioria das subescalas ($.12 \leq r_s \leq .30$; $p < .05$ ou $p < .01$). As seguintes subescalas mostram relações diretas, muito fracas, mas não significativas ($.07 \leq r_s \leq .10$; $p > .05$): Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos; Sentimento de Incompreensão da escala Alterações na Autopercepção; e Sintomas Cardiopulmonares e Sintomas Sexuais da escala Somatização. Assim, a Hipótese 3 foi parcialmente confirmada ao nível de significância .01 ou .05.

No Quadro 8 encontram-se os resultados referentes à Hipótese 4 (“Espera-se que o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve tenha uma relação inversa com o resultado da escala Alterações na Autopercepção do SIDES-SR”), à Hipótese 5 (“Espera-se que o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve tenha uma relação inversa com os resultados das subescalas Autodestrutividade e Preocupação Suicida da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos do SIDES-SR”) e à Hipótese 6 (“Espera-se que o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve tenha uma relação direta com o resultado da subescala Vitimização de Outros da escala Alterações na Relação com os Outros do SIDES-SR”).

Quadro 8. *Coeficientes de Correlação de Spearman, e respectiva significância, entre o resultado do domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve e os resultados da escala Alterações na Autopercepção, das subescalas Autodestrutividade e Preocupação Suicida da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos e da subescala Vitimização de Outros da escala Alterações na Relação com os Outros do SIDES-SR*

		Escala e subescalas SIDES-SR		
Domínio		Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos		Alterações na Relação com os Outros
PID-5 versão breve	Alterações na Autopercepção	Autodestrutividade	Preocupação Suicida	Vitimização de Outros
Antagonismo	.10	.08	-.05	.11*

Nota. Valores a negrito indicam correlações significativas. * $p < .05$.

Pela análise do Quadro 8, pode-se verificar que o domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve apresenta uma relação direta, fraca e não significativa com a escala

Alterações na Autopercepção do SIDES-SR ($r_s = .10$; $p > .05$). Assim, rejeita-se a Hipótese 4. O domínio do Antagonismo apresenta uma relação direta, muito fraca e não significativa com a subescala Autodestrutividade ($r_s = .08$; $p > .05$) e uma relação inversa, muito fraca e não significativa com a subescala Preocupação Suicida ($r_s = -.05$; $p > .05$), ambas pertencentes à escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos. Assim, rejeita-se a Hipótese 5. O domínio do Antagonismo mostra, ainda, uma relação direta e significativa, embora fraca, com a subescala Vitimização de Outros da escala Alterações na Relação com os Outros ($r_s = .11$; $p < .05$). Assim, confirma-se a Hipótese 6 ao nível de significância .05.

No Quadro 9 encontra-se o resultado da análise relativa à Hipótese 7 (“Prevê-se uma relação direta entre o resultado do domínio da Desinibição do PID-5 versão breve e os resultados das subescalas Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual e Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos do SIDES-SR”).

Quadro 9. *Coefficientes de Correlação de Spearman, e respetiva significância, entre o resultado do domínio da Desinibição do PID-5 versão breve e os resultados das subescalas Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual e Envolvimento em Situações de Risco da escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos do SIDES-SR*

	Escala e subescalas SIDES-SR	
	Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos	
	Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual	Envolvimento em Situações de Risco
Domínio PID-5 versão breve	.11	.08

Como indica o Quadro 9, o domínio da Desinibição do PID-5 versão breve apresenta uma relação direta, fraca e não significativa com a subescala Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual ($r_s = .11$; $p > .05$) e uma relação direta, muito fraca e não significativa com a subescala Envolvimento em Situações de Risco ($r_s = .08$; $p > .05$), ambas pertencentes à escala Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos. Assim, rejeita-se a Hipótese 7.

5.3.2. Comparação de Médias

Para testar a Hipótese 8 (“Espera-se que as pessoas que relatam a vivência de situações traumáticas no QSD tenham resultados mais elevados na escala total do PID-5 versão breve e nas escalas do SIDES-SR”), pode-se utilizar o teste paramétrico de

Alterações na	Sim	151	171		
Atenção ou				- 2.98**	.00
Consciência	Não	170	152		
Alterações na	Sim	148	169		
Autopercepção	Não	168	150	- 2.87**	.00
Alterações na	Sim	153	164		
Relação com os				- .79	.43
Outros	Não	169	159		
Somatização	Sim	150	169		
	Não	169	152	- 3.18**	.00
Alterações nos	Sim	151	165		
Sistemas de				- 1.31	.19
Significado	Não	169	157		

Nota. Valores a negrito indicam estatísticas de teste significativas. * $p < .05$. ** $p < .01$.

O Quadro 10 mostra que tanto a escala total do PID-5 versão breve como as escalas do SIDES-SR apresentaram resultados mais elevados na população com vivências traumáticas, do que na população sem vivências traumáticas. Contudo, esta diferença apenas é significativa para as escalas Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos, Alterações na Atenção ou Consciência, Alterações na Autopercepção e Somatização do SIDES-SR. Dado isto, confirma-se parcialmente a Hipótese 8 ao nível de significância .01 ou .05.

6. Discussão e Conclusões

6.1. Um sentido para os resultados

Relembrando o objetivo deste estudo – estudo exploratório dos domínios da personalidade e a sua relação com sintomas traumáticos adjacentes ao *trauma complexo*, sob uma visão contínua, dimensional e compreensiva da personalidade – começo por realçar que o PID-5 versão breve e o SIDES-SR são instrumentos que ainda se encontram em fase inicial de adaptação para a população portuguesa e que isso traz consigo algumas novidades, mas também vulnerabilidades.

No que se refere ao PID-5 versão breve, pode-se afirmar que a estrutura resultante da Análise Fatorial Exploratória (AFE) veio trazer uma estrutura mais indicada à avaliação dos cinco domínios da personalidade nesta amostra. Ainda assim, os domínios

da Afetividade Negativa e do Antagonismo apresentaram uma consistência interna um pouco baixa, o que indica que se deve ter cautela na interpretação das análises em que estão implicados. A escala total e os restantes domínios mostraram uma consistência interna de moderada a elevada, oferecendo uma maior legitimidade às análises seguintes. Quanto ao SIDES-SR, a fraca consistência interna das escalas, assim como o facto de não ter sido possível analisar a precisão das suas subescalas, não abona a favor da coesão das mesmas. Sabe-se, também, que se optou por não validar a estrutura fatorial deste instrumento no presente estudo, contudo, a sua estrutura é suportada pelo racional teórico apresentado na revisão de literatura.

Reconhece-se que os fatores apresentados não favorecem a robustez dos resultados e, por conseguinte, dificultam a sua leitura. Contudo, a discussão dos resultados vai ser concretizada segundo um cariz exploratório e à luz das teorias que subjazem os conceitos inerentes a estes instrumentos.

A homogeneidade das respostas obtidas em ambos os instrumentos, com resultados médios de severidade tendencialmente baixos, vai ao encontro do que era expectável dada a natureza não clínica da amostra. Se o SIDES-SR avalia a presença de *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS; van der Kolk et al., cit. por Luxenberg et al., 2001), já se esperava que os seus resultados não fossem tão elevados numa população não clínica. Já o PID-5 versão breve avalia traços de personalidade num espectro dimensional de intensidade, contudo, por se tratarem de traços mal-adaptativos, é compreensível que a população geral não apresente resultados tão severos.

Sabe-se que sujeitos com características de personalidade mais disfuncionais tendem a desenvolver crenças associadas a incapacidade, baixa autoconfiança ou medo intenso de serem humilhados ou criticados, e que estas constituem fortes predisponentes ao desenvolvimento de PTSD (Reis et al., 2016). Dado que o SIDES-SR avalia a presença de sintomatologia traumática, esperar-se-ia que sujeitos com resultados mais elevados neste instrumento apresentassem personalidades mais desorganizadas e, portanto, resultados totais mais elevados no PID-5 versão breve. Isto foi verdade para as escalas do SIDES-SR, mas não para algumas subescalas, que mostraram relações diretas, mas não significativas, com a escala total do PID-5, como é o caso das subescalas Envolvimento em Situações de Risco, Sistema Digestivo e Sintomas Sexuais.

Relativamente à subescala Envolvimento em Situações de Risco, o resultado obtido pode ser atribuído à natureza do item que a compõe, que parece algo ambíguo e, ao mesmo tempo, redutor do comportamento que pretende avaliar (item 19 – “Exponho-

me a situações que podem ser perigosas, por exemplo envolvo-me com pessoas que me podem magoar. Vou a lugares que não são seguros. Guio demasiado depressa.”). Quanto às subescalas Sistema Digestivo e Sintomas Sexuais, talvez os sintomas descritos nestas subescalas sejam mais frequentes do que os restantes em sujeitos não tão desorganizados, embora se saiba que muitos dos sujeitos que vivenciaram situações traumáticas apresentam dificuldades em verbalizar a experiência interna vivida e, como consequência, essa expressão pode surgir como sintoma psicossomático (Harber & Pennebaker, 1992).

São vários os estudos que reportaram relações significativas entre o domínio do Neuroticismo do *Five Factor Model* (FFM; Widiger & Costa, 1994) e o desenvolvimento de sintomas de PTSD (e.g., Holeva & Tarrier, 2001; Weinberg & Gil, 2016). Sabe-se, também, que vários estudos verificaram que o Neuroticismo e a Afetividade Negativa são dimensões que apresentam características idênticas (e.g., Gore & Widiger, 2013; Pires et al., 2015; Suzuki et al., 2015). As relações diretas e significativas encontradas entre a Afetividade Negativa do PID-versão breve e as escalas do SIDES-SR vão, assim, ao encontro da literatura apresentada.

A Afetividade Negativa mostrou, ainda, relações diretas, mas não significativas, com algumas subescalas do SIDES-SR, contrariando o que se previa. Embora o diagnóstico de DESNOS, avaliado pelo SIDES-SR, tenha como base os sintomas de PTSD, a DESNOS veio introduzir alguns sintomas não contemplados na PTSD (Herman & van der Kolk, cit. por Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997). Mais ainda, os estudos que suportam estas relações referem-se à severidade sintomática da PTSD e não a quais os sintomas que contribuem para as relações encontradas.

Pode-se pôr a hipótese de que algumas das relações não significativas entre a Afetividade Negativa do PID-5 versão breve e as subescalas do SIDES-SR se devam a sintomas, presentes ou não na PTSD, não apresentados na literatura referida, e que não tenham tanta relação com as características da Afetividade Negativa (APA, 2014). Este pode ser o caso dos sintomas avaliados pelas subescalas Envolvimento em Situações de Risco, Amnésia, Episódios Dissociativos Transitórios e Despersonalização, Vitimização de Outros, Sistema Digestivo e Sintomas de Conversão. Para as outras subescalas, nomeadamente, Autodestrutividade, Preocupação Suicida, Ineficácia, Dano Permanente e Perda de Crenças Base, em que as características da Afetividade Negativa vão ao encontro dos sintomas inerentes a estas subescalas, mais estudos serão necessários para o esclarecimento dos resultados obtidos. A única relação inversa encontrada, embora não significativa e muito fraca, foi com a subescala Sintomas Sexuais. Isto também pode estar

relacionado com o facto de esta subescala incluir um conjunto de sintomas não contemplados na PTSD e que não parecem estar associados às características da Afetividade Negativa.

As relações diretas e significativas encontradas entre o domínio do Psicoticismo do PID-5 versão breve e as escalas do SIDES-SR vão ao encontro das evidências já relatadas de que o Psicoticismo se relaciona com o desenvolvimento de sintomas de PTSD (Holeva & Tarrier, 2001). O próprio domínio do Psicoticismo é caracterizado por comportamentos ou cognições estranhas e incomuns, culturalmente incongruentes, incluindo processos (e.g., percepção, dissociação) e conteúdos (e.g., crenças) (APA, 2014), semelhantes a sintomas avaliados pelo SIDES-SR (e.g., Episódios Dissociativos Transitórios e Despersonalização).

As subescalas Envolvimento em Situações de Risco, Sentimento de Incompreensão, Sintomas de Conversão e Sintomas Sexuais do SIDES-SR, relacionaram-se de forma direta, mas não significativa, com o Psicoticismo. Os sintomas inerentes à subescala Envolvimento em Situações de Risco não estão contemplados no diagnóstico de PTSD, contudo, e à semelhança da justificação dada anteriormente, os estudos referidos não discriminam quais os sintomas de PTSD que contribuem para a elevada relação da PTSD com este domínio. Dado o Envolvimento em Situações de Risco não parecer estar associado às características do domínio do Psicoticismo (APA, 2014), a relação não significativa encontrada pode advir daí. A subescala Sentimento de Incompreensão, cujos sintomas não estão contemplados na PTSD, pode não se ter mostrado associada ao Psicoticismo porque, embora os sujeitos com maior nível de Psicoticismo, tendencialmente, se comportem de modo bizarro ou excêntrico, podem não ter consciência de serem excluídos pelos outros, mesmo que isso possa acontecer. Os sintomas inerentes às subescalas Sintomas de Conversão e Sintomas Sexuais também não estão contemplados no diagnóstico de PTSD, nem parecem, igualmente, estar relacionados com as características do Psicoticismo.

Visto que o domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve se refere a comportamentos e sentimentos que espelham grandiosidade, hostilidade e insensibilidade para com os outros (APA, 2014), seria de esperar que se relacionasse inversamente com a escala Alterações na Autopercepção do SIDES-SR, por esta se referir a comportamentos associados a uma visão negativa do próprio (Herman, 1998), sentimentos de culpa, ineficácia ou vergonha (Luxenberg et al., 2001). Contudo, a relação direta encontrada, embora não significativa, pode querer dizer que o sentido exagerado de autoimportância

e a expectativa de tratamento especial observados em sujeitos mais antagónicos (APA, 2014) podem camuflar fortes sentimentos de inferioridade em relação aos outros, levando-os a adotar uma postura contrária a fim de esconderem a desvalorização sentida. As facetas Grandiosidade e Procura de Atenção, pertencentes ao Antagonismo na versão longa do PID-5, caracterizam a Perturbação Narcísica da Personalidade no Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações de Personalidade (APA, 2014). Segundo Coimbra de Matos (1983), este tipo de comportamentos constitui um “investimento narcísico ilusório ou grandiosidade maníaca” (p. 410). Tais comportamentos teriam a função de compensar sentimentos de vazio interior e menos-valia (Coimbra de Matos, 1983), resultantes de uma estrutura do *self* danificada (Kohut, 1977/2009), o que poderá justificar os resultados obtidos.

À semelhança do que já se defendeu, seria de esperar que sujeitos com resultados mais elevados no domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve apresentassem significativamente menos comportamentos autodestrutivos. Isto não aconteceu, dada a relação direta, muito fraca e não significativa, encontrada entre este domínio e a subescala Autodestrutividade do SIDES-SR. A relação inversa, mas não significativa e muito fraca, da subescala Preocupação Suicida do SIDES-SR com o Antagonismo também não coincide com o que se esperava. Estas relações levam a crer, mais uma vez, que os comportamentos que caracterizam o Antagonismo possam esconder uma falha narcísica tal que leve o sujeito a deprimir-se, como afirma Coimbra de Matos (1983) e, portanto, a adotar comportamentos autodestrutivos e suicidários (Kernberg, 2004).

A definição de Antagonismo (APA, 2014) diz-nos que sujeitos mais antagónicos mostram uma antipatia insensível e uma falta de consciência das necessidades e dos sentimentos de quem os rodeia. Assim, a relação direta e significativa encontrada entre o domínio do Antagonismo do PID-5 versão breve e a subescala Vitimização de Outros do SIDES-SR é suportada pela literatura referida.

A relação direta, mas não significativa, entre o domínio da Desinibição do PID-5 versão breve e a subescala Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual do SIDES-SR não foi ao encontro do que era esperado. Isto pode ser justificado pelo facto de esta subescala, para além de estar associada ao envolvimento em situações sexuais de risco, também se relacionar com uma maior insatisfação sexual e submissão perante o outro (Polusny & Follette, 1995), o que parece não ir ao encontro do comportamento impulsivo e orientado para a gratificação imediata característico da Desinibição (APA, 2014).

O facto de sujeitos que relataram a vivência de situações traumáticas no QSD terem obtido resultados significativamente mais elevados na maioria das escalas do SIDES-SR vai ao encontro do que se previa dado o SIDES-SR ser um instrumento que avalia os sintomas inerentes à exposição a acontecimentos traumáticos. As diferenças não significativas encontradas para as escalas Alterações da Relação com os Outros e Somatização podem-se atribuir, como hipótese, ao facto de não se ter analisado nem diferenciado o tipo de trauma relatado no QSD (se se tratavam de acontecimentos contemplados na definição de trauma complexo ou de outro tipo de trauma). Já o PID-5 versão breve não mostrou resultados significativamente mais elevados aquando da presença de situações traumáticas relatadas no QSD. Isto pode ter acontecido porque, embora um trauma ocorrido no seio de uma relação precoce possa afetar a organização da personalidade (e.g., Fonagy et al., 2002; Mikulincer & Shaver, 2016), uma situação percebida como traumática (e.g., acidente de viação, desastre natural) não parece afetar a estrutura da personalidade. Portanto, como não se analisou nem diferenciou os tipos de situações traumáticas avaliados no QSD, este resultado pode-se dever a isso.

Olhando para a generalidade dos resultados, é de notar que a presença de relações tendencialmente fracas a moderadas entre os domínios do PID-5 versão breve e as escalas e/ou subescalas do SIDES-SR foi transversal a todas as hipóteses em estudo. Isto pode ser algo expectável dado que estes dois instrumentos, apesar de medirem o grau de severidade de traços ou sintomas ilustrados em comportamentos ou pensamentos, são de natureza bastante distinta. Enquanto o SIDES-SR tem sido indicado para a avaliação de sintomas associados ao trauma complexo, o PID-5 é adequado à avaliação de traços de personalidade num contínuo que se estende da normalidade à patologia. Dado isto, mesmo de fracos a moderados, os resultados obtidos vêm suportar a especificidade de cada um destes instrumentos para medir aquilo a que se propõe, assegurando que, mesmo que possam estar relacionados em alguns aspetos, os constructos que avaliam são diferentes e, portanto, não são sobreponíveis.

6.2. Limitações e novos caminhos a seguir

Este estudo é acompanhado por algumas limitações que se fizeram sentir e que se relacionam com a estrutura dos próprios instrumentos que, como se sabe, são ambos muito recentes e ainda com pouca investigação realizada acerca dos mesmos, com a dimensão e natureza da amostra e com a escassa literatura existente na área.

No que refere ao SIDES-SR, futuramente, parece ser necessário proceder à validação fatorial da versão portuguesa do instrumento, embora os autores não apresentem no estudo original, assim como à replicação dos resultados da consistência interna, numa amostra mais extensa e representativa da população portuguesa. O mesmo se requer para o PID-5 versão breve. O presente estudo apresenta considerações quanto a itens de ambos os instrumentos que necessitam de ser revistos aquando da sua aplicação em amostras mais alargadas e representativas da população portuguesa.

Refletindo acerca das ideias apresentadas na revisão de literatura, sabe-se que a maior parte dos estudos existentes na área se debruçam sobre a influência da personalidade no desenvolvimento de sintomas traumáticos, abrangendo, geralmente, acontecimentos traumáticos captados pela PTSD (e.g., acidentes de viação, mortes violentas, abusos físicos e/ou sexuais, combates militares). A vivência destes acontecimentos, teoricamente, não terá influência nos traços de personalidade, sendo mais expectável que as características de personalidade influenciem o modo, mais ou menos adaptativo, como cada pessoa se confronta e elabora esses acontecimentos traumáticos. Contudo, a DESNOS descreve sintomas que teriam como base acontecimentos traumáticos ocorridos nas relações interpessoais, mais especificamente, nas relações de vinculação da infância (e.g., negligência ou abandono materno) (Cook et al., 2005; van der Kolk et al., 1996). E, segundo a teoria subjacente ao trauma complexo, seriam estas relações de vinculação disfuncionais que contribuiriam para o desenvolvimento de uma personalidade mais desorganizada (e.g., Fonagy et al., 2002; Mikulincer & Shaver; 2016) e para o surgimento dos sintomas traumáticos avaliados pelo SIDES-SR (Luxenberg et al., 2001).

O presente trabalho baseia-se no estudo de correlações entre dimensões da personalidade e sintomas traumáticos e, na amostra geral utilizada, a presença de traumas não é tão predominante como se se tratasse de uma amostra clínica. Neste sentido, considera-se relevante que no futuro se utilizem amostras clínicas e que se discrimine o tipo de acontecimento traumático vivenciado pelos sujeitos: se existem situações traumáticas ocorridas no seio das relações precoces, de forma crónica e prolongada no desenvolvimento; ou se as situações traumáticas se tratam de acontecimentos severos, mas restringidos no tempo e normalmente ocorridos na idade adulta. Estudar a forma como o trauma complexo influencia o desenvolvimento da personalidade, e como a personalidade pode moldar o desenvolvimento de DESNOS, seria essencial na compreensão das relações entre estes conceitos.

Este constitui o primeiro estudo que relaciona o SIDES-SR com o PID-5 versão breve. Também são, ainda, poucos os estudos acerca dos traços de personalidade mal-adaptativos inerentes ao Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 (Krueger et al., 2012) e acerca do conceito de *trauma complexo*, mesmo relacionando-os com outros constructos. É essencial que se realizem mais estudos com estes modelos, a fim de se aprofundar as relações aqui encontradas. Para além disto, penso que o aperfeiçoamento destes instrumentos abre todo um campo fértil a explorar.

6.3. Contributos para a intervenção clínica

A ideia, ainda preliminar, que este estudo veio defender – de que a Afetividade Negativa e o Psicoticismo são duas dimensões associadas ao desenvolvimento de sintomatologia traumática –, pode auxiliar o terapeuta a delinear, em conjunto com o paciente, um tratamento mais profundo e adequado às suas necessidades.

Dado o presente estudo não avaliar possíveis relações de causalidade existentes entre domínios da personalidade e sintomas traumáticos, estas não podem ser garantidas, mas podem ser pensadas com base nas teorias subjacentes. Por um lado, os domínios da Afetividade Negativa e do Psicoticismo, por estarem associados a sintomas de trauma complexo, podem-se ter desenvolvido por meio de relações precoces disfuncionais que o sujeito tenha experienciado (Ackerman, et al., 1998; Pelcovitz et al., 1997). Por outro lado, e complementando a ideia anterior, estes domínios constituem traços maladaptativos da personalidade e, por isso, não oferecem os recursos necessários a que o sujeito responda de forma melhor adaptada a estímulos stressantes, tornando-o mais vulnerável ao surgimento de sintomatologia traumática (Allen et al., 2012; van der Kolk, 2014).

Se se considerar que os traços de personalidade são mais estáveis no tempo do que a sintomatologia traumática, não descurando o facto de muitos destes sintomas poderem fazer já parte do funcionamento do sujeito – se se tratarem de traumas com origem muito precoce no seu desenvolvimento –, pode-se afirmar que certas dimensões da personalidade podem mesmo constituir fatores de risco ao desenvolvimento de sintomas de natureza traumática (Engelhard & van den Hout, 2007; Holeva & Tarrier, 2001; Weinberg & Gil, 2016). Assim, num sentido preventivo, saber que a Afetividade Negativa e o Psicoticismo se relacionam com o desenvolvimento de sintomatologia traumática poderá auxiliar nas decisões clínicas a tomar a fim de se potenciarem os recursos disponíveis do sujeito. Isto torná-lo-ia mais capaz de responder a estímulos stressantes de maneira mais adaptada.

Mais uma vez, dado o trauma complexo ter como base as relações interpessoais pouco securizantes na infância, é realçada a importância que a qualidade das relações que o sujeito vai tendo ao longo da vida possui no desenvolvimento da personalidade e, mais especificamente, no aumento da severidade dos traços Afetividade Negativa e Psicoticismo. O contexto terapêutico parece, então, o palco ideal para a expressão, aceitação e transformação de emoções desorganizadoras, um espaço onde o paciente possa construir a sua *narrativa de vida*, como diziam McAdams e Olson (2010), de forma plena e satisfatória.

6.4. Algumas considerações finais

Torna-se cada vez mais necessário o desenvolvimento de modelos que ofereçam o suporte necessário à compreensão e avaliação da personalidade, seja para fins clínicos ou para a investigação. Neste sentido, este estudo veio explorar dois novos modelos suportados em constructos teóricos essencialmente desenvolvimentistas, o Modelo de Traços de Personalidade do DSM-5 e o trauma complexo, que muito podem contribuir para um racional mais dimensional e compreensivo da personalidade.

Pensar a personalidade num *continuum* mais ou menos estável que se começa a construir na infância até à idade adulta e entender que a sintomatologia traumática está intimamente relacionada com traços de personalidade, são dos pontos mais relevantes a reter.

Retomando as primeiras palavras deste trabalho – “Tenta ver através de mim. O que encontras? Tenta descrever o que sentes e o que vês. Tenta reconstruir todas as memórias. Quando recolheres todas as partes de mim, entrega-me. Para que eu construa o *puzzle* há muito perdido” –, é preciso um longo trabalho de pesquisa dentro e fora do consultório capaz de reconstituir as partes perdidas de alguém, partes essas que só poderão ser encontradas quando um outro é capaz de se entregar e olhar através desse alguém.

Referências Bibliográficas

- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22, 759-774. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00062-3
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). Trauma. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 419-444). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Allport, G. (1973). *Personalidade: Padrões e desenvolvimento* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Pedagógica e Universitária Lda., Editora da Universidade de São Paulo.
- Aluja, A., & Garcí, Ó. (2003). Psychometric properties of the Zuckerman–Kuhlman personality questionnaire (ZKPQ-III-R): A study of a shortened form. *Personality and Individual Differences*, 34, 1083-1097. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00097-1
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., & Salekin, R. T. (2016). Utility of the Personality Inventory for DSM-5–Brief Form (PID-5-BF) in the measurement of maladaptive personality and psychopathology. *Assessment*, 1-12. doi: 10.1177/1073191116676889

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., Shalev, A. Y., & Yehuda, R. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 55-62.
- Berkowitz, C. D. (1998). Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 22*, 541-550. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00023-4
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Harmondsworth, England: Penguin Books. (Trabalho original publicado em 1969)
- Bowlby, J. (1975). *Attachment and loss: Separation: Anxiety, and anger* (Vol. 2). Harmondsworth, England: Penguin Books. (Trabalho original publicado em 1973)
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books, A Member of the Perseus Books Group.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry, 144*, 1426-1430. doi: 10.1176/ajp.144.11.1426
- Carvalho, L. D. F., & Primi, R. (2015). Development and internal structure investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*, 322-330. doi: 10.1590/1678-7153.201528212
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1996). *Perspectives on personality* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

- Chaplin, J. (1981). *Dicionário de psicologia*. (A. L. M. Matias, M. Noronha & Z. Noronha, Trad.). Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., Gross, D. M., & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 17-36. doi: 10.1002/jts.2490100104
- Coimbra de Matos, A. (1983). Textos sobre narcisismo, depressão e masoquismo. *Análise Psicológica, 4*, 409-424. doi: 10400.12/1701
- Collings, S. J. (2013). Concurrent validity of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR) in a non-clinical sample of South African adolescents. *South African Journal of Psychology, 43*, 10-21. doi: 10.1177/0081246312474418
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.
- Costa, Jr., P. T., & Widiger, T. A. (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for US veterans: A revisit with new data and methods. *Science, 313*, 979-982. doi: 10.1126/science.1128944
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 156*, 379-385. doi:10.1176/ajp.156.3.379
- Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., Gomà-i-Freixanet, M., Pérez, V., & Joaquim Soler, J. (2015). Exploring the relation

between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, *15*, 1-7. doi:10.1186/s12888-015-0573-z

Engelhard, I. M., & van den Hout, M. A. (2007). Preexisting neuroticism, subjective stressor severity, and posttraumatic stress in soldiers deployed to Iraq. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*, 505-509. doi: 10.1177/070674370705200808

Fachel, J. M. G., & Camey, S. (2000). Avaliação psicométrica: A qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed., pp. 158-170). Porto Alegre, Portugal: Artmed.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*, 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Fleming, J.S. (2004). Erikson's psychosocial developmental stages. In J. S. Fleming (Ed.), *Psychological perspectives on human development* (pp. 1-24). Consultado em <http://swppr.org/Textbook/Ch%209%20Erikson.pdf>

Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child abuse & neglect*, *23*, 145-159. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00118-5

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*, 1129-1146. doi: 10.1177/00030651000480040701

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

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

- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2015). The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form evidence for reliability and construct validity in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Assessment, 24*, 615-631. doi: 10.1177/1073191115621793
- Fraley, C. R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 123-151. doi: 10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Freud, S. (1969). *Psychanalyse: Textes choisis par Dina Dreyfu* (4ème éd.). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1978). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.19, pp.12-59). London: Hogarth Press and Institute of Psycho-analysis. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freund, A. M., & Riediger, M. (2006). Goals as building blocks of personality and development in adulthood. In D. K. Mroczek & T. D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 353-372). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gonçalves, B., Duarte Silva, M. E., & Henriques Calado, J. (2016). *Versão experimental portuguesa do Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR). Tradução e adaptação para a população portuguesa autorizada pela Climepsi Editores detentora dos direitos para a língua portuguesa, Portugal e Palop do DSM-5 da American Psychiatric Association*. Centro de Investigação em Ciência Psicológica, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 816-821. doi:10.1037/a0032822

- Harber, K. D., & Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. In S. A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory* (pp. 359-387). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (pp. 291-315). New York, NY: Springer.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 52*, S145-S150. doi: 10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S145.x
- Holeva, V., & Tarrier, N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research, 51*, 687-692. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00256-2
- International Test Commission (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. Consultado em <https://www.intestcom.org>
- Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina, 24*, 256-266.
- Jung, C. G. (1958). *Types psychologiques* (2ème éd). Genève, Switzerland: Librairie de l'Université. (Trabalho original publicado em 1950)
- Jung, C. G. (1981). *The collected works of C. G. Jung: The structure and dynamics of the psyche* (2nd ed.). (R. F. C. Hull Trad.). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Trabalho original publicado em 1960)

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York, NY: Dell Publishing.
- Kernberg, O. F. (2004). *Agressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kohut, H. (2009). *The restoration of the self*. Chicago and London: The University of Chicago Press. (Trabalho original publicado em 1977)
- Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Markon, K. E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 245–261. doi:10.1111/cpsp.12073
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879–1890. doi:10.1017/S0033291711002674
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 – Brief form (PID-5-BF) – Adult*. American Psychiatric Association: Author.
- Lara, D. R., Bisol, L. W., Brunstein, M. G., Reppold, C. T., Carvalho, H. W., & Ottoni, G. L. (2012). The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: A system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, 140, 14-37. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.036
- Lisak, D., Hopper, J. and Song, P. (1996). Factors in the cycle of violence: Gender rigidity and emotional constriction. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 721-743. doi:10.1002/jts.2490090405
- Luxenberg, L., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS). Diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-392. Consultado em <http://www.traumacenter.org>

- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51*, 883-911. doi: 10.1177/00030651030510031501
- Malone, J. C., Westen, D., & Levendosky, A. A. (2011). Personalities of adults with traumatic childhood separations. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 1259-1282. doi:10.1002/jclp.20844
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number, Análise e Gestão de Informação, Lda.
- Martens, W. H. J. (2005). Multidimensional model of trauma and correlated antisocial personality disorder. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 115–129. doi: 10.1080/15325020590908821
- McAdams, D. P. & Olson, B. (2010). Personality development: continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology, 61*, 517-542. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100507
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood, a five-factor theory perspective* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). Adult attachment and emotion regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 507-533). New York, NY: The Guildford Press.
- Nedersf, E., & Schmidt, M. V. (2012). Mismatch or cumulative stress: Toward an integrated hypothesis of programming effects. *Physiology & Behavior, 106*, 691-700. doi: 10.1016/j.physbeh.2011.12.008
- Oldham, J. M. (2006). Commentary on Widiger and Simonsen: Working out a dimensional framework. In T. A. Widiger, E. Simonsen, P. J. Sirovatka and D. A. Regier (Eds.), *Dimensional models of personality disorders: Refining the research*

agenda for DSM-V (pp. 29-32). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16. doi: 0894-98tfW7/0100-M03\$12.50/1

Pires, R., Silva, D. R., & Sousa Ferreira, A. (2015). Estilos de personalidade e sugestionabilidade: Desenvolvimentos. *Livro de Resumos do VIII Congresso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica*, p. 31, ISBN: 978-84-606-6427-7.

Pires, R., Silva, D. R., Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2014a). *Versão experimental portuguesa do PID-5 – Adultos. Tradução e adaptação para a população portuguesa autorizada pela Climepsi Editores detentora dos direitos para a língua portuguesa, Portugal e Palop do DSM-5 da American Psychiatric Association*. Centro de Investigação em Ciência Psicológica, Universidade de Lisboa, Portugal.

Pires, R., Silva, D. R., Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2014b). *Versão experimental portuguesa do PID-5 – Adultos (Versão breve). Tradução e adaptação para a população portuguesa autorizada pela Climepsi Editores detentora dos direitos para a língua portuguesa, Portugal e Palop do DSM-5 da American Psychiatric Association*. Centro de Investigação em Ciência Psicológica, Universidade de Lisboa, Portugal.

Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*, 143-166. doi:10.1016/S0962-1849(05)80055-1

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A., & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and

script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380-387. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830050014003

Reis, A. M., Francisco Carvalho, L., & Elhai, J. D. (2016). Relationship between PTSD and pathological personality traits in context of disasters. *Psychiatry Research*, 241, 91-97. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.099

Ribeiro, L. A. (2010). Limitações na avaliação de perturbação de personalidade: Aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*, 4, 651-663. doi: 10.14417/ap.385

Soares, I., Martins, E. C., & Terreno, S. (2007). Vinculação na infância. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 47-98). Braga, Portugal: Psiquilímbros.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367. doi:10.1080/14616730500365928

Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199. doi:10.2307/1128475

Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, A. (2005). *The development of the person: The minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY: The Guilford Press.

Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., Carvalho, H. W., & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 123-129. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.01.001

- Suzuki, T., Griffin, S. A., & Samuel, D. B. (2016). Capturing the DSM-5 alternative personality disorder model traits in the five-factor model's nomological net. *Journal of Personality*, 1-12. doi: 10.1111/jopy.12235
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 343. doi: 10.1037/abn0000035
- Van der Kolk, B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 182-213). New York, NY: Guilford Publications, Inc.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Books.
- Van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 303-327). New York, NY: Guilford Publications, Inc.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93. doi: 10.1176/ajp.153.7.83

- Watson, D. (2006). Commentary on Krueger: Traits versus types in the classification of personality pathology. In T. A. Widiger, E. Simonsen, P. J. Sirovatka and D. A. Regier (Eds.), *Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 167-170). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E., & Clark, L. A. (2013). Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment, 20*, 312-326. doi: 10.1177/1073191113485810
- Weinberg, M., & Gil, S. (2016). Trauma as an objective or subjective experience: The association between types of traumatic events, personality traits, subjective experience of the event, and posttraumatic symptoms. *Journal of Loss and Trauma, 21*, 137-146. doi:10.1080/15325024.2015.1011986
- Widiger, T.A., & Costa, P.T. Jr. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 78-91. doi:10.1037/0021-843X.103.1.78
- Widiger, T. A., & Frances, A. J. (2002). Toward a dimensional model for the personality disorders. In P. T. Costa, Jr. and T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 23-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis, 34*, 89-97.

Webgrafia

<https://www.brainyquote.com>

<https://www.eapoe.org>