

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O TRAUMA COMPLEXO E A SUA RELAÇÃO COM OS
TRAÇOS DE PERSONALIDADE**

Vanessa Martins Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O TRAUMA COMPLEXO E A SUA RELAÇÃO COM OS
TRAÇOS DE PERSONALIDADE**

Vanessa Martins Santos

Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2018

“Aquele que tem uma razão para viver pode suportar quase tudo”

Nietzsche

Agradecimentos

Desde já não posso deixar de agradecer à Professora Doutora Joana Calado por todas as horas disponibilizadas, pela orientação e pela paciência ao longo de todo este percurso. Sem si, ainda estaria a tentar perceber por onde começar.

Um agradecimento especial a todos os participantes que aceitaram fazer parte da minha amostra. Poderia ter sido uma hora e meia de pura procrastinação mas, em vez disso, ajudaram-me a acabar o curso. Obrigada por terem empatizado com a minha dor e sofrimento.

Aos meus pais por me apoiarem desde sempre (e para sempre) em todas as fases da minha vida. São quem mais atura as minhas flutuações de humor nos momentos de maior pressão e ansiedade. Porque sem eles eu não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus padrinhos que são das pessoas mais importantes que tenho na vida e que estão sempre comigo, a apoiar-me a cada passo do caminho.

À Sara e ao António, os mais resistentes que, embora em áreas distintas, sofrem sempre juntamente comigo. Por toda a terapia em forma de cafés e saídas. Por estarem sempre presentes, mesmo a horas pouco decentes.

À Lena que me acompanha desde o Secundário e que, mesmo nos momentos mais difíceis, tem sempre um sorriso para me oferecer. Obrigada por todas as parvoíces.

Às melhores pessoas que a faculdade me deu: Ana Rute Anselmo, Inês Granja, Inês Dias, Sara Martins, Inês Pereira, Sofia Serra, Gisela Ferreira, Carla Sofia Cardoso, Beatriz Caló. Acompanharam-me nestes que foram os melhores e, ao mesmo tempo, os piores anos da minha vida. A vocês que aturaram toda a minha rabugice matinal ou de qualquer outra hora do dia. A vocês que estiveram cá sempre para me levantar. A vocês levo-vos para a vida.

Ao Bernardo, que me acompanhou nesta montanha-russa de emoções que foi o Mestrado. Por me desafiares, por me fazeres rir em todas as situações, pelo companheirismo e paciência. No fundo, por te teres tornado no meu melhor amigo. Mas, acima de tudo, obrigada por todo o amor.

Resumo

Esta dissertação insere-se no domínio da Psicologia Clínica e aborda a temática do Trauma Complexo e dos Traços de Personalidade, uma vez que o seu estudo conjunto ainda não se encontra investigado para a população geral adulta, assim como as diferenças de sexo, pelo que se apresenta como um contributo para o seu estudo empírico e conceptual. Esta investigação assenta em três objetivos principais: (1) explorar a variável “sexo” na relação com o Trauma Complexo; (2) analisar a relação entre os domínios do Trauma Complexo ou DESNOS (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) e os traços associados ao Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade; (3) prever o modelo de Traços de Personalidade associados ao DESNOS para ambos os sexos. A amostra é constituída por 338 participantes da população geral, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.07$ anos; $DP = 13.56$ anos), 132 participantes do sexo masculino ($M = 41.86$ anos; $DP = 14.01$ anos) e 206 participantes do sexo feminino ($M = 40.56$ anos; $DP = 13.27$ anos). Foram administrados dois questionários de autorrelato: *Self-Report Inventory of Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR); Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI). Não se verificam diferenças entre sexos relativas ao Trauma Complexo. Contudo, homens e mulheres recorrem a diferentes traços de personalidade como forma de lidar com a adversidade causada pelo trauma. O elevado Neuroticismo e Abertura à Experiência, assim como baixa Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade são os Traços de Personalidade que apresentaram relação com o Trauma Complexo. Destacam-se diferentes padrões de traços de personalidade preditores de Trauma Complexo: nos homens, salienta-se o domínio da “Desregulação de afetos e impulsos”, constituído pelo Neuroticismo ($\beta = 1.13$), Amabilidade ($\beta = -1.21$) e Extroversão ($\beta = .68$), que explicam 47% dos resultados; nas mulheres destaca-se o domínio das “Alterações na atenção e consciência”, que integra o Neuroticismo ($\beta = 1.20$) e a Amabilidade ($\beta = -.64$), que explicam 44% dos resultados. Parecem existir traços que atuam como uma vulnerabilidade relativamente ao Trauma Complexo. Em futuras investigações, poder-se-á estudar a plasticidade dos traços, como forma de compreender a sua variação antes e depois dos acontecimentos traumáticos, assim como as vulnerabilidades relativas à personalidade, o que permitiria uma atuação ao nível da prevenção em populações de risco.

Palavras-Chave: Trauma Complexo/DESNOS; Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade; Traços de Personalidade; Diferenças de Sexo; Psicologia Clínica.

Abstract

This dissertation is based on the field of Clinical Psychology and approaches themes like Complex Trauma and Personality Traits, since that their joint study still wasn't investigated for large adult population, as well as gender differences, whereby it contributes to its empirical and conceptual study. This research is focused on three main goals: (1) explore “gender”, in relation to Complex Trauma; (2) analyze the relation between Complex Trauma or DESNOS (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) and Personality Traits, Five Factor Model; (3) predict the Complex Trauma based on Personality Traits for both genders. The sample is composed by 338 participants of population at large, aged 18 years old or more ($M = 41.07$ years; $DP = 13.56$ years), 132 male participants ($M = 41.86$ years; $DP = 14.01$ years) and 206 female participants ($M = 40.56$ years; $DP = 13.27$ years). There were administrated two selfreport questionnaires: Self-Report Inventory of Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR); Five Factor Model Inventory (NEO-FFI). There weren't found any significative differences between genders concerning Complex Trauma. Although men and women use different traits of personality to cope with the adversity caused by trauma. A high Neuroticism and Openness, as well as, low Extroversion, Agreeableness and Consciousness were the Personality Traits that revealed a relation with Complex Trauma. Different patterns of personality traits are highlighted as predictors of Complex Trauma: for men, the domain of “Alterations in regulation of affect and impulses” is accentuated, and it is composed by Neuroticism ($\beta = 1.13$), Agreeableness ($\beta = -1.21$) and Extroversion ($\beta = .68$) which explains 47% of data; for women, the domain of “Alterations in attention or consciousness” is emphasized, and it integrates Neuroticism ($\beta = 1.20$) and Agreeableness ($\beta = -.64$), which explains 44% of data. It seems to exist traits that function as a risk factor comparatively to Complex Trauma. Future research could study the plasticity of the traits as a way to comprehend its changes before and after traumatic events, as well as the vulnerabilities associated with personality, which would allow to intervene with risk populations at a level of prevention.

Key-words: Complex Trauma/DESNOS; Five Factor Model; Personality Traits; Gender Differences; Clinical Psychology.

Índice

Resumo	i
<i>Abstract</i>	ii
Índice	iii
Índice de Quadros	v
<i>Introdução</i>	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Trauma Psicológico	3
1.2. Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático (PTSD)	4
1.3. Trauma Complexo	6
1.4. PTSD <i>versus</i> DESNOS	11
1.5. Traços de Personalidade	12
1.6. Relação entre Traços de Personalidade e Eventos de Vida	13
1.7. Trauma Psicológico, Traços de Personalidade e Diferenças de Sexo	17
2. Objetivos e Hipóteses	19
3. Método	20
3.1. Participantes.....	20
3.1.1. Caraterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino	21
3.2. Instrumentos.....	23
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	23
3.2.2. SIDES-SR: <i>Self-Report Inventory of Disorders of Extreme Stress</i>	23
3.2.3. NEO-FFI: Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade	24
3.3. Procedimento	26
4. Resultados	26
4.1. Diferenças de sexo no Trauma Complexo	27
4.2. Relação entre Trauma Complexo e Traços de Personalidade.....	27

4.3. Predição do Trauma Complexo baseado nos Traços de Personalidade para ambos os sexos.....	29
5. Discussão	31
<i>Conclusão</i>	<i>41</i>
Referências Bibliográficas.....	43
Anexos.....	61
Anexo A – Questionário Sociodemográfico	
Anexo B – Consentimento Informado	

Índice de Quadros

Quadro 1	
<i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da Amostra</i>	21
Quadro 2	
<i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Masculino</i>	22
Quadro 3	
<i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Feminino</i>	23
Quadro 4	
<i>Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Sexos Masculino e Feminino nos Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR)</i>	27
Quadro 5	
<i>Coefficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR)</i>	28
Quadro 6	
<i>Análises de Regressão Múltipla dos Traços de Personalidade Preditores do Trauma Complexo no Sexo Masculino</i>	29
Quadro 7	
<i>Análises de Regressão Múltipla dos Traços de Personalidade Preditores do Trauma Complexo no Sexo Feminino</i>	30

Introdução

A escolha de investigar sobre o trauma recai sobre o facto desta temática se manter atual. Se quando surgiram as primeiras investigações sobre o trauma e o *Stress* Pós-Traumático estudavam-se os veteranos de guerra, hoje podemos estudar acontecimentos também de larga escala como o terrorismo, a fuga dos refugiados ou acontecimentos de índole mais nacional como os incêndios que assolaram Portugal em 2017. Mas podemos também estudar outros acontecimentos de menor escala que têm um grande impacto na vida dos indivíduos (e.g., perdas, acidentes, doenças, abuso sexual) e que parecem apresentar um padrão de repetição ao longo do ciclo de vida. Ou seja, não se apresentam como acontecimentos únicos. É neste sentido que surge o conceito de Trauma Complexo e o meu interesse pessoal em estudá-lo. Neste sentido, surge ainda a curiosidade de compreender ao nível da personalidade que traços é que poderão levar a que algumas pessoas desenvolvam reações traumáticas em detrimento de outras. Verifica-se, também, um interesse académico dado que tanto o Trauma Complexo como a sua relação com os Traços de Personalidade, assim como as diferenças de sexo, carecem de investigação.

A presente dissertação insere-se no âmbito do projeto que aborda o tema “Personalidade e Psicopatologia”, na população geral, que decorre na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Esta investigação tem como objetivo principal estudar e aprofundar o conceito de Trauma Complexo e explorar todas as dimensões que o constituem, uma vez que ainda é pouco abordado pela literatura, de modo que esta dissertação contribui como evidência empírica e conceptual do tema. Mais ainda, pretende-se compreender qual a relação existente com os Traços de Personalidade que integram o Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade, no sentido de averiguar modelos de predição do Trauma Complexo tendo por base um perfil de personalidade.

Muitas vezes, quando se fala de trauma remete-se apenas para um episódio específico vivenciado por um determinado indivíduo. Contudo, quando se toma em consideração as histórias de vida de pessoas afetadas pelo trauma, verifica-se, frequentemente, uma sucessão de situações traumáticas prolongadas ao longo do ciclo de vida (e.g., Herman, 1992; Martins, Cromer, DePrince, & Freyd, 2013; Mlotek & Paivio, 2017; Taylor, Asmundson, & Carleton, 2006), o que nos leva a considerar que talvez o Trauma Complexo não se constitua como uma exceção. Todavia, pessoas diferentes encaram as mesmas situações de forma distinta. Ou seja, nem todas as pessoas expostas

a situações potencialmente traumáticas irão desenvolver psicopatologia (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001). Deste modo, é interessante considerar o aspeto mais idiossincrático dos indivíduos: os Traços de Personalidade.

Os Traços de Personalidade são uma variável muito relevante no que diz respeito à predição do comportamento, uma vez que agem como um mediador da interação entre a pessoa e o ambiente (Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993). O que se pretende explorar neste estudo é a influência que os traços exercem sobre a vivência do *distress* psicológico (Chowdhury et al., 2018).

Contudo, tendem a verificar-se variações dos traços de personalidade em função do sexo do indivíduo (e.g., Alqaisy & Thawabieh, 2016; Beier & Ackerman, 2003; Chapman, Duberstein, Sörensen, & Lyness, 2007), assim como em relação à incidência do trauma (e.g., Ditlevsen & Elklit, 2012; Gehrke & Violanti, 2006; Hapke, Schumann, Rumpf, John, & Meyer, 2006). Pelo que, nesta dissertação, propõe-se investigar a existência de possíveis diferenças, predisposições ou vulnerabilidades associadas a esta variável sociodemográfica no que diz respeito ao Trauma Complexo e aos Traços de Personalidade.

Este estudo encontra-se organizado em seis secções. Primeiramente, será apresentado um enquadramento teórico, relativo à revisão empírica sobre os temas do Trauma Complexo e dos Traços de Personalidade, assim como a sua relação com a variável sociodemográfica “sexo”. Numa segunda secção, encontra-se a formulação dos objetivos e hipóteses do presente estudo. Posteriormente, procede-se à descrição do método utilizado, que inclui os participantes, instrumentos e respetivo procedimento. De seguida, apresenta-se a exposição dos resultados obtidos, sendo a quinta secção dedicada à discussão dos mesmos. Por fim, na sexta secção, são expostas as conclusões e limitações do presente estudo, tal como as suas respetivas implicações e sugestões para posteriores investigações.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Trauma Psicológico

O trauma é um “evento no qual uma pessoa testemunha ou vivencia uma ameaça à sua própria vida ou segurança física ou a de outros e experiencia medo, terror ou impotência” (American Psychological Association [APA], 2010, p. 992). Ou seja, refere-se à resposta subjetiva dada por um determinado indivíduo, a um evento específico (van der Hart, Nijemhuis, & Steele, 2005). De um ponto de vista psicanalítico, o trauma diz respeito a uma situação repentina caracterizada por um elevado grau de violência que, conseqüentemente, provoca um influxo de excitação de tal ordem que é capaz de derrubar os mecanismos de defesa. Este acontecimento faz com que o sujeito se possa sentir em choque podendo levar a que, mais tarde, ocorra um estado de desorganização da economia psíquica do mesmo (Anaut, 2005; Mijolla, 2005).

As pessoas pensam sentir-se capazes para lidar com os seus sentimentos e bem-estar. Contudo, alguns eventos, pelas suas características arrebatadoras, irão colocar em causa esta capacidade (Garland, 2002).

Deste modo, a traumatização engloba a perda de uma estrutura pré-traumática nos adultos, e nas crianças afeta o desenvolvimento de uma estrutura de personalidade que seja coesa e coerente (van der Hart et al., 2005).

Os acontecimentos traumáticos podem incluir abuso físico ou sexual, negligência, violência doméstica, doença que coloque a vida em risco, violência na escola ou na comunidade, morte inesperada de membro da família ou amigo próximo, desastre natural, acidente de viação (Anaut, 2005; American Psychiatric Association [APA], 2013; Norris, Murphy, Baker, & Perilla, 2004; Shemsedini, 2016; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013) ou qualquer outro acontecimento que derrube o funcionamento normal do indivíduo e faça com que este tenha de se confrontar com um estado de extrema desordem (Garland, 2002). Assim, o trauma pode tomar várias formas e apresentar-se com diferentes graus de intensidade (Raubolt, 2014). Neste sentido, estudos de Johannesson, Arinell, e Arnberg (2015), confirmam que perturbações psicológicas prolongadas podem ser provocadas por exposições severas a experiências traumáticas.

Grande parte dos sobreviventes de eventos traumáticos conseguem retomar a sua vida habitual após um curto espaço de tempo. Ainda assim, algumas pessoas irão apresentar reações de *stress* que tendem a permanecer ao longo do tempo, podendo ainda vir a agravar-se (Shemsedini, 2016). Nestes casos, seguem-se estados de perturbação e confusão tanto a nível externo (i.e., visíveis a um observador externo), como a nível

interno (i.e., natureza dos objetos internos: figura que reside no mundo interno, crenças e modo de relacionamento com os outros). Consequentemente, o mundo envolvente é experienciado como estando repleto de perigos (Young & Gibb, 2002) e, na grande maioria das vezes, o dano causado é profundo e prolonga-se no tempo (Garland, 2002).

Contudo, verificam-se situações onde não ocorre apenas um único evento traumático, mas sim vários. Os resultados do estudo de Martins, Cromer, DePrince, e Freyd (2013), sugerem que os sobreviventes de um trauma tendencialmente experienciam mais do que um tipo de situação traumática e esta exposição tem um caráter mais contínuo, ou seja, não se trata apenas de um evento isolado.

A existência de múltiplos traumas pode levar à apresentação de uma sintomatologia variada, pois verifica-se um efeito cumulativo destas exposições (Briere & Jordan, 2004; Briere, Kaltman, & Green, 2008; Ford, Stockton, Kaltman, & Green, 2006; Olge, Rubin, & Siegler, 2014; Viola, Schiavon, Renner, & Grassi-Oliveira, 2011). Apresentando, ainda, um risco acrescido de traumas adicionais (e.g., perturbações psiquiátricas, dependências, doenças crônicas) (e.g., Cook et al., 2005; Finkelhor, Turner, Ormrod, & Hamby, 2009; McFarlane & Yehuda, 1996), assim como de dano repetido, auto-infligido ou provocado por outros (Herman, 1992).

1.2. Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD)

Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) é uma perturbação aguda existente no ciclo de vida, altamente prevalente (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Norris et al., 2004), que pode ser encarada como um fenómeno de espectro multidimensional (Briere & Spinazzola, 2005). Esta desenvolve-se pois o trauma não é aceite nem integrado como fazendo parte do passado. Contudo, continua a existir através do processo de dissociação (Raubolt, 2014; van der Kolk & McFarlane, 1996). Inicialmente, este diagnóstico foi conceptualizado como constituindo uma resposta normal de alguém que tenha vivenciado uma situação de trauma psíquico avassalador (Brewin et al., 2000). Recentemente, começou a dar-se mais importância a fatores de vulnerabilidade individual (Bui et al., 2010; Engelhard, Huijding, van den Hout, & Jong, 2007; Sezgin & Punamäki, 2012).

O diagnóstico de PTSD simples corresponde a um trauma de tipo I, ou seja, faz referência a um único evento repentino e inesperado que perturbe o indivíduo e cause sentimentos de medo, horror ou desamparo (Krammer, Kleim, Simmen-Janevska, & Maercker, 2016; Mlotek & Paivio, 2017).

Os seus sintomas incluem: (1) alteração de capacidades relacionadas com o *self* – disfunção de capacidades de regulação interna e de relação com os outros; (2) perturbações cognitivas – auto-perceções negativas e expectativas de maus tratos ou abandono por parte dos outros; (3) perturbação de humor – humor depressivo, ansioso e irritável; (4) respostas de evitamento – sobredesenvolvimento destas respostas, especialmente se o trauma ocorrer numa fase muito precoce de vida e for mantido ao longo do tempo (e.g., dissociação, abuso de substâncias). A sintomatologia dissociativa refere-se a alterações de consciência, que ocorrem como uma defesa e atuam ao nível da mudança de pensamentos, sentimentos, memórias e comportamentos (Briere & Scott, 2015; Briere, Scott, & Westhers, 2005; Briere & Spinazzola, 2005).

É ainda frequente que, estes pacientes, apresentem outro tipo de sintomatologia como sejam as re-experiências intrusivas (e.g., *flashbacks* e pesadelos) que impedem a assimilação de novas informações (Anaut, 2005; APA, 2013; PDM, 2006). Ou seja, verifica-se um prejuízo no acesso voluntário às memórias do evento traumático, enquanto as memórias não intencionais surgem sem qualquer tipo de controlo. Isto leva o paciente a sentir-se dominado por memórias não voluntárias, enquanto se depara com dificuldade em se lembrar, de forma controlada, do acontecimento (Rubin, Boals, & Berntsen, 2008). Pode ainda ocorrer o evitamento de situações que possam simbolizar o evento traumático (e.g., evitar pensamentos, sentimentos, conversas, pessoas, sítios), aumento da reatividade e hiper-vigilância (e.g., medo intenso, desamparo, horror ou sobressalto aumentados), dificuldades em adormecer e concentrar-se (Breslau, 2002; Briere & Spinazzola, 2005; Luxenberg et al., 2001; van der Kolk & McFarlane, 1996). Mais ainda, em alguns casos, o que predomina poderá ser um estado de humor anedótico ou disfórico, acompanhado de cognições negativas, sendo estas a fonte de angústia (APA, 2013).

Contudo, no que diz respeito aos diferentes tipos de exposição traumática, este diagnóstico não permite essa distinção (Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). Assim sendo, crianças que tenham experienciado situações de maus-tratos, violência familiar ou perda de cuidadores, podem acumular diagnósticos de depressão, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação de oposição, perturbações alimentares, perturbações do sono, perturbação de ansiedade de separação ou generalizada, fobia e perturbação de pânico. Cada um destes diagnósticos está relacionado com aspetos específicos do complexo da criança traumatizada (e.g., perdas de autorregulação e relacionais) (Cook et al., 2005; Kessler et al., 1995).

Porém, esta questão da comorbilidade parece não ser consensual, pois segundo Taylor et al. (2006), PTSD simples não se encontra relacionada com perturbações da personalidade ou somatização persistente, depressão ou sintomas dissociativos. Além disso, este diagnóstico também não abrange os efeitos de desenvolvimento do trauma complexo (Cook et al., 2005).

Quando a PTSD não é reconhecida e, por sua vez, não é tratada, pode levar a um agravamento da saúde mental do próprio, dirigindo-o no sentido de uma doença mental mais severa. Nestes casos mais graves, verifica-se uma maior taxa de PTSD que é consistente com os relatos de exposição a acontecimentos traumáticos ao longo de todo o percurso de vida. Ou seja, quanto mais acontecimentos traumáticos uma pessoa relatar, mais grave tenderá a ser o diagnóstico (Mueser et. al., 1998).

Apesar de ser uma perturbação comum, a PTSD não é a única que se desenvolve como um efeito de uma experiência traumática (Nemčić-Moro, Frančišković, Britvić, Klarić, & Zečević, 2011). Podem verificar-se outras perturbações pós-trauma (Paris, 2000), como depressão major, perturbação de ansiedade e abuso de substâncias (Breslau, 2002).

1.3. Trauma Complexo

O Trauma Complexo refere-se a uma exposição repetida e prolongada a acontecimentos extremamente perturbadores (Mlotek & Paivio, 2017; Taylor et al., 2006). Este tipo de trauma crónico ocorre de forma repetida e continuada e, frequentemente, é de natureza interpessoal (i.e., contextos de relações familiares ou íntimas). Tende a ter um início precoce e estende-se a todas as formas de violência doméstica e trauma ao nível da vinculação (Courtois, 2008; Howard, 2016; van der Kolk, 2005).

A ocorrência deste tipo de traumas na infância pode ter consequências a longo-prazo. Como esta fase é delicada para o desenvolvimento da criança, estas situações podem refletir-se na idade adulta (e.g., situação de abuso físico na infância pode levar, mais tarde, a abuso de outros, tanto num papel passivo ou, mais raramente, como agressor) (Banyard, Williams, & Siegel, 2003; Herman, 1992) encontrando-se, muitas vezes, associadas a perturbações em áreas relacionada com o *self*, relações interpessoais e regulação emocional (Mlotek & Paivio, 2017) e podem, ainda, afetar áreas como a inteligência (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Contudo, o apoio social pode funcionar como um fator de proteção (Banyard et al., 2003). Frankl (1946/2017) descreve uma situação traumática extrema que é a vivência num campo de concentração. Este autor

refere que “o amor é o supremo e mais elevado objetivo a que o Homem pode aspirar” (p.50), como forma de descrever a importância que as relações e o significado que lhes atribuímos pode ter na forma como estas experiências são (*sobre*)vivas. Estudos como os de Norris et al. (2004) e Sezgin e Punamäki (2012) revelam a importância do significado atribuído a um evento traumático, pois este trará consequências para a saúde mental do indivíduo. O que se pretende é que este significado possa ter uma função estabilizadora, promovendo uma segurança previsível e simbólica. Pretende-se que isto confira à pessoa sentimentos de pertença e imortalidade (e.g., crenças religiosas ou compromissos políticos) (Sezgin & Punamäki, 2012).

É ainda importante considerar a natureza das experiências traumáticas no que diz respeito à recuperação destes sobreviventes e ao estado da sua saúde mental. O estudo de Sezgin e Punamäki (2012) revela ainda que mulheres que atribuam a culpa do desastre ocorrido a uma causa humana têm três vezes mais probabilidade de desenvolver PTSD e sintomas psiquiátricos, do que mulheres que, atribuíam explicações religiosas ou relacionadas com a natureza, ao mesmo acontecimento. Assim, o facto de um indivíduo conseguir explicar o trauma como estando integrado no percurso natural de vida, faz com que a este se associe uma menor probabilidade de complicações psiquiátricas.

Em contrapartida, Schnurr, Lunney, e Sengupta (2004) referem que o tipo de trauma é importante no que diz respeito ao desenvolvimento de uma perturbação após o evento, mas os fatores de manutenção correspondem a problemas pré-traumáticos (e.g., etnia, menor nível de escolaridade, castigos mais severos, grande exposição a zonas de guerra, baixo nível de apoio social atual).

Perante todos estes casos e tendo em conta todas as características e condicionantes acima referidas, verifica-se uma crescente possibilidade de desenvolvimento de uma perturbação após o acontecimento traumático (Briere & Spinazzola, 2005; Mueser et al., 1998). Mas, para que se possam determinar as consequências da psicopatologia, é ainda necessário considerar o nível de desenvolvimento em que o trauma ocorreu e se este teve lugar num contexto de relação com cuidador (e.g., vinculação disruptiva) (Cook et al., 2005; Ford et al., 2013) ou com um parceiro íntimo, tal como a idade, que também exerce influência sobre os de padrões de adaptação (Luxenberg et al., 2001).

O Trauma Complexo/Crónico, ou PTSD Complexo, também designado por *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS), pretende descrever um padrão de sintomas clínicos que podem ser observados, permitindo uma melhor descrição de uma síndrome geral de pós-vitimização (Briere & Jordan, 2004), assim como os

problemas que a esta se encontram relacionados (Taylor et al., 2006). Este diagnóstico associa-se a histórias de vida onde se verificam vários acontecimentos traumáticos ou situações prolongadas de exposição traumática (Herman, 1992). Este trauma também conhecido como trauma de tipo II (Krammer et al., 2016; Mlotek & Paivio, 2017) tem, muitas vezes, início na infância (e.g., abuso físico, sexual ou emocional, negligência por parte dos cuidadores ou pessoas próximas da criança) e arrasta-se até à idade adulta, o que leva a um efeito cumulativo destas experiências (Courtois, 2008; Ducharme, 2017; Keane, Magee, & Kelly, 2016; Krammer et al., 2016; Stephens & Aparicio, 2017).

Ainda assim, nem sempre uma situação de trauma crónico pode levar ao desenvolvimento de trauma complexo (Luxenberg et al., 2001). Este diagnóstico pode, ainda, coexistir com o de PTSD simples, mas prolonga-se para além deste, ou associar-se igualmente a mudanças de personalidade duradouras (Herman, 1992).

Relativamente à sintomatologia, podem verificar-se desregulações em seis domínios: (1) desregulação de afetos e impulsos (e.g., *stress* persistente, comportamentos de risco ou auto-lesivos); (2) alterações na atenção e consciência (e.g., dissociação patológica); (3) disrupção na autoperceção (e.g., despersonalização, vergonha ou culpa profundas); (4) perturbação na relação com os outros (e.g., incapacidade de confiar, revictimização, evitamento da sexualidade); (5) somatização e; (6) sistema de significados (e.g., desamparo) (Cook et al., 2005; Courtois, 2008; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Ford, 1999; Ford et al., 2006; Luxenberg et al., 2001; Miller & Resick, 2007; Stephens & Aparicio, 2017; Taylor et al., 2006; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013; Zucker, Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, 2006).

Indivíduos com diagnóstico de DESNOS apresentam uma desregulação de afetos e impulsos uma vez que sentem grande dificuldade em lidar com as emoções desencadeadas pelo trauma. Por isso, apresentam, com frequência, preocupações suicidas, dificuldades no controlo de impulsos sexuais, verificando-se um aumento dos comportamentos de risco (Luxenberg et al., 2001). Contudo, por vezes, o acontecimento traumático é tão intenso que o indivíduo se depara ainda com a realidade de não conseguir dar sentido à experiência traumática que vivenciou e, conseqüentemente, não conseguir integrá-la em si próprio (Raubolt, 2014; Young, Koortzen, & Oosthuizen, 2012; PDM, 2006). Quando esta experiência é demasiado avassaladora podem verificar-se alterações ao nível da atenção e consciência. Isto é, os vários elementos que constituem a experiência vivida (e.g., visual, emocional) são separados, podendo ainda verificar-se uma

dissociação das próprias sensações corporais, não tendo a sensação de estar no seu próprio corpo (despersonalização) (Luxenberg et al., 2001), o que faz com que tudo pareça irreal, como se de um sonho se tratasse (desrealização) (Frankl, 1949/2017). Ao não serem processadas, estas experiências sensoriais não podem ser partilhadas verbalmente o que poderá levar à negação como mecanismo de defesa, retirada, *coping* passivo ou mesmo ao evitamento da interação humana (Miller & Resick, 2007; Sezgin & Punamäki, 2012). Assim, o comportamento torna-se automático pois, pensamentos e emoções encontram-se desconectados (Cook et al., 2005). Raubolt (2004) afirma que, em casos mais extremos de pessoas com histórias de um profundo sofrimento, pode verificar-se desorganização do pensamento ou pensamento delirante, clivagem com a realidade consensual e, ainda, alterações graves de humor. Estas histórias não passam de meras imagens ou fragmentos que, apesar de tudo, “são histórias contadas e tidas como verdadeiras há tanto tempo que as personalidades dos traumatizados podem tornar-se pálidas e sem vida” (Raubolt, 2004, p. 18).

Verificam-se ainda perturbações ao nível da autoperceção. Sujeitos que sofram de Trauma Complexo, frequentemente, esperam ser rejeitadas pelos outros, pois sentem vergonha e culpa relativamente às situações que provocaram o trauma (Cook et al., 2005; van der Kolk & McFarlane, 1996). Sentem-se também incompreendidos pelos restantes ou desvalorizam a experiência traumática, não a relacionando com as dificuldades que podem estar a sentir (Luxenberg et al., 2001). Estes sentimentos que provocam problemas de confiança (Luxenberg, Spinazzola, Hidalgo, Hunt, & van der Kolk, 2001), levam a que estas pessoas tenham problemas em solicitar apoio social (Cook et al., 2005).

Mais ainda, as primeiras representações do *self*, do outro, outro e, ainda, do *self* em relação ao outro, são desenvolvidas na relação com os cuidadores (Greenberg & Mitchell, 2003). Esta relação ficará gravemente comprometida quando afetada pelo Trauma Complexo (Cook et al., 2005), afetando também as relações futuras (i.e., perturbação na relação com os outros) que também terão tendência a ser disfuncionais (Luxenberg et al., 2001; PDM, 2006). Este tipo de relações disruptivas provoca, portanto, consequências a longo prazo relacionadas com competências biopsicossociais: aumento da vulnerabilidade relativamente ao *stress* (e.g., dificuldade em manter a atenção); incapacidade de autorregulação emocional (e.g., sentir-se dominado por emoções variadas e intensas); alterações na procura de ajuda (e.g., dependência relativamente a outros ou isolamento social) (Cook et al., 2005; Luxenberg, Spinazzola, Hidalgo et al., 2001). Estas situações podem ser vividas pela criança como uma traição por parte

daqueles que lhe são mais próximos. Por esse motivo, alguns estudos fazem referência a este tipo de vivências como um trauma de traição (McCormack & Thomson, 2017).

É também frequente que estes pacientes apresentem queixas físicas persistentes ao longo do tempo e que não são explicadas nem beneficiem de intervenções médicas: somatização (Engel, 2004; Luxenberg et al., 2001). O desenvolvimento de reações psicossomáticas pode associar-se à agressividade sentida em relação ao próprio ou aos outros (i.e., inflexão ou projeção da agressividade), como se pode encontrar associada à dificuldade de elaboração das experiências traumáticas. Uma vez que os sentimentos não conseguem ser expressos através de palavras, sê-lo-ão através do corpo (van der Kolk, 1996; Coimbra de Matos, 2012; PDM, 2006). Cefaleias de tensão, perturbações gastrointestinais e dor anormal, de costas ou pélvica, são queixas somáticas que se juntam a outro tipo de sintomas associados ao trauma crónico como: insónias, reações de sobressalto e agitação, mas também tremores, sensações de choque ou náuseas (Herman, 1992).

O sistema de significados também é abalado. É possível que estes indivíduos se comecem a questionar sobre crenças religiosas ou éticas que tinham até então, que se tornem mais sensíveis ao sofrimento que os rodeia ou adotem uma atitude de desconfiança e crueldade relativamente ao mundo (Luxenberg et al., 2001; Park & Gutierrez, 2013).

Um domínio que é descrito por Herman (1992), mas que acaba por não integrar os *clusters* sintomatológicos do DESNOS é a perceção do agressor. Situações traumáticas infligidas por outro podem levar a que a vítima desenvolva uma perceção do agressor diferente ao que seria esperado. O agressor não procura apenas provocar terror, tenta também destruir qualquer sentido de autonomia da vítima. Consegue-o tanto através, do controlo do corpo, como das funções corporais da vítima, privando-a de necessidades básicas. Cresce, assim, a dependência do agressor a todos os níveis. O facto de a vítima estar exposta a uma relação de controlo coercivo poderá provocar alterações na sua identidade. A diferença entre uma vítima de um trauma único e uma vítima de trauma crónico é que, a primeira, poderá referir que não se sente ele própria desde o evento, enquanto a segunda, poderá perder o sentido que tem de si enquanto *self*. Tudo isto pode ainda promover a identificação com o agressor, ou seja, a vítima começa a encará-lo como um salvador e teme e odeia quem a tenta resgatar (Herman, 1992). Em alguns casos podem mesmo verificar-se comportamentos regressivos, ou seja, a vida mental recua a uma forma mais primitiva (Frankl, 1949/2017).

Apesar da possibilidade da existência de algumas diferenças entre autores, o facto de o trauma complexo ser crónico ou múltiplo, interpessoal e ter uma origem precoce (i.e., na infância), são aspetos extremamente consensuais (Wamser-Nanney, 2016).

1.4. PTSD *versus* DESNOS

Relativamente à PTSD, o diagnóstico de DESNOS engloba uma maior variedade de sintomas e consequências para o indivíduo, como *distress* emocional avassalador, períodos de severa dissociação, perda de significado para a vida e da confiança nas pessoas e no mundo envolvente, problemas de saúde crónicos não explicados por causa médica (Ford et al., 2006). São, geralmente, estes pacientes com sintomatologia mais complexa e que se encontram mais frequentemente diagnosticados com múltiplas perturbações (Taycan & Yildirim, 2015). Estas vivências encontram-se associadas a uma comorbilidade bastante significativa (Hodges, 2013) com outras doenças psiquiátricas, nomeadamente depressão, perturbação de pânico e fobia social (Nemčić-Moro et al., 2011).

Ainda não é completamente claro nem consensual se os diagnósticos de PTSD e DESNOS são entidades clinicamente separadas ou se o segundo é uma complicação do primeiro. Contudo, segundo Nemčić-Moro et al. (2011), DESNOS ocorre frequentemente como um diagnóstico separado, apesar da comorbilidade existente entre ambos.

Apesar de o diagnóstico de DESNOS ter sido proposto para integrar a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5), tal acabou por não se verificar. Contudo, o diagnóstico de PTSD, na sua versão mais recente, inclui alterações que visam detetar casos que antes não eram identificados e promover uma aproximação ao trauma complexo. Na versão mais recente do manual é acentuado o reconhecimento da relação existente entre os eventos traumáticos e a perturbação mental, nomeadamente ao nível do DESNOS, através da inclusão de sintomatologia dissociativa (e.g., despersonalização e desrealização) como uma característica de extrema relevância para este diagnóstico (APA, 2013; Milchman, 2016; Pai, Suris, & North, 2017). Foram ainda acrescentados alguns critérios para crianças com seis ou menos anos de idade, atribuindo crescente importância aos seus níveis de desenvolvimento (Pai et al., 2017). A inclusão de alguns sintomas do DESNOS pode ter como objetivo levar a que não seja necessária a inclusão de um novo diagnóstico (Milchman, 2016). Apesar de tudo, continuam a existir críticas no que diz respeito à conceptualização de PTSD que

permanece restrita a apenas um único evento (Kilpatrick, 2013), o que dificulta o diagnóstico de trauma complexo quando se recorre ao DSM-5 (Ducharme, 2017).

Ainda assim, autores como Wamser-Nanney e Vandenberg (2013), consideram que o diagnóstico de DESNOS é uma mais valia para a demarcação das consequências do trauma complexo.

1.5. Traços de Personalidade

A personalidade define-se por ser uma “configuração de características e comportamentos que inclui o ajustamento único de um indivíduo à vida, incluindo traços, interesses, impulsos, valores, autoconceito, capacidades e padrões emocionais importantes” (APA, 2010, p.701).

Os traços de personalidade são padrões de pensamentos e comportamentos (McCrae, 2000), ou seja, características internas, relativamente estáveis e consistentes (APA, 2010).

Apesar de existirem várias teorias explicativas do desenvolvimento da personalidade, com abordagens diferentes, o facto de a personalidade ter um papel importante na predição do comportamento de um indivíduo, é consensual em todas elas (APA, 2010).

O Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade é uma teoria de traços onde a representação da estrutura da personalidade é apresentada mediante a existência de cinco dimensões globais ou fatores universais: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (APA, 2010; Chamorro-Premizic, 2015; Kline, 1996; Lima & Simões, 1997; Magalhães et al., 2014; McCrae, 2000). Por sua vez, cada um destes fatores é composto por várias facetas representativas das suas características específicas (Noronha, Martins, Campos, & Mansão, 2015).

Este modelo assume-se como mais explicativo do que descritivo, por considerar que os cinco fatores correspondem a dimensões biológicas que estão na base dos comportamentos dos indivíduos (Barros & Ferreira Marques, 1999). Assim, as diferenças individuais dos cinco fatores, constituem uma potencial explicação para os diferentes comportamentos e reações dos indivíduos, assim como da sua adaptação a acontecimentos de vida (Yap, Anusic, & Lucas, 2012).

Estes traços não têm como objetivo medir perturbações de personalidade (van Straten et al., 2007), ainda que nos possam ajudar nesse sentido, caso apresentem

pontuações muito extremadas. Estas dimensões constituem a formação normal da personalidade de todos os indivíduos (Lima & Simões, 2000).

1.6. Relação entre Traços de Personalidade e Eventos de Vida

Chowdhury et al. (2018) chamam à atenção para a influência exercida pelos traços de personalidade, no que diz respeito, ao desenvolvimento de tolerância ao *distress* de uma determinada pessoa e, conseqüentemente, para a forma como estes mesmos traços de personalidade influenciam a interação do indivíduo com o ambiente que o envolve. Ou seja, a personalidade pode estar na base de determinados acontecimentos de vida, propiciando-os (Magnus et al., 1993).

Os acontecimentos de vida não devem apenas ser encarados como algo exógeno, mas também se deve atender à componente endógena que pode ser predita pelos traços de personalidade. Ou seja, os eventos de vida só poderão ser verdadeiramente compreendidos se tivermos conhecimentos das diferenças individuais (i.e., influência dos traços de personalidade) (Magnus et al., 1993). São as diferenças individuais que influenciam a capacidade de processamento de informação, especialmente no que diz respeito a circunstâncias de vida mais negativas (Tugade & Fredrickson, 2004). Por exemplo, a extroversão poderá apresentar uma maior relação com eventos classificados como bons (Sarubin et al., 2015), o que é justificado pela sua natureza social. Isto é, pessoas mais extrovertidas podem experimentar interações mais positivas com os outros, pois também é exercida uma maior procura de eventos positivos. Pode ainda verificar-se que também a sua família esteja envolvida nestes eventos, afinal todos partilham influências ambientais e genéticas (Magnus et al., 1993). Sabe-se ainda que os extrovertidos têm tendência a reportar níveis mais elevados de alegria e energia (Watson & Hubbard, 1996) do que os introvertidos, o que faz com que existam influências ao nível da memória. Ou seja, há uma maior probabilidade de se lembrarem de acontecimentos positivos (Magnus et al., 1993).

De modo semelhante, pessoas com um maior neuroticismo tendem a reportar eventos de vida mais negativos (Magnus et al., 1993; Sarubin et al., 2015). Isto porque estas pessoas reagem e interpretam de forma mais negativa (e.g., sentimentos de raiva ou depressão) uma variedade de eventos neutros ou ambíguos, levando-os a encarar as situações como mais ameaçadoras ou problemáticas (Bolger & Zuckerman, 1995; Olge et al., 2014; Watson & Hubbard, 1996). Estas pessoas podem ter atitudes de evitamento perante acontecimentos que considerem ansiogénicos, o que lhes pode causar um grande

transtorno e ter consequências negativas para a sua vida pessoal e profissional. Também ao nível da saúde existem complicações. Verifica-se uma maior probabilidade de ocorrência de doenças ou ideação suicida, o que se explica pela presença de um afeto negativo mais elevado. Consequentemente, estas emoções negativas levam a que sejam criados mais eventos negativos para os próprios, especialmente eventos interpessoais negativos (Magnus et al., 1993), pois tendem a perceber os outros como não apoiantes e de pouca confiança (Pai & Carr, 2010). Ou seja, forma-se uma espécie de ciclo de retroalimentação.

Desta forma, é possível compreender a importância do papel desempenhado pelo neuroticismo no processo *stress-coping*. Assim, pessoas com elevado neuroticismo não lidam com o *stress* de uma forma eficaz (Watson & Hubbard, 1996). Isto pode levar-nos a considerar um argumento de propensão para o *distress*, uma vez que pessoas que tenham este traço de personalidade mais elevado, independentemente da situação, tendem a experienciar mais *distress* ao longo da sua vida (Ormel & Wohlfarth, 1991; Plopa, Plopa, & Skuzińska, 2016), o que se deve aos estados internos que vivenciam frequentemente. Assim, estes indivíduos parecem ter uma incapacidade para tolerar o *distress* psicológico (Chowdhury et al., 2018).

Pessoas que tenham tanto neuroticismo como extroversão elevados são mais sensíveis ao *stress*, pois as suas respostas aos eventos são mais rápidas e intensas (Jakšić et al., 2012).

Estudos de Chowdhury et al. (2018) mostraram que baixos níveis de conscienciosidade se encontram relacionados com baixos níveis de tolerância ao *distress* psicológico. Ou seja, este traço surge como um preditor de um estilo adaptativo (Watson & Hubbard, 1996), uma vez que pessoas com elevada conscienciosidade têm experiências mais bem-sucedidas e estáveis relativamente a eventos que considerem desafiantes (Chowdhury et al., 2018). É também neste sentido que aponta o estudo de Campbell-Sills, Cohan, e Stein (2006), por revelar uma relação positiva entre conscienciosidade e resiliência.

Também o traço de amabilidade parece encontrar-se em pessoas mais resilientes. Na investigação de Friborg et al. (2005), a amabilidade aparece a par da extroversão pois ambos se relacionam com competências e contextos sociais (van Straten et al., 2007).

Relativamente à abertura à experiência, os estudos de Allen e Lauterbach (2007) e de Magnus et al. (1993), apresentam-nos um efeito dual, ou seja, este traço parece funcionar tanto como um fator de risco, como de proteção.

De um ponto de vista mais global, pessoas que apresentem traços de amabilidade, conscienciosidade, extroversão e abertura à experiência mais elevadas, acompanhadas de estabilidade emocional (i.e., baixo neuroticismo), parecem ser mais capazes de tolerar *stressores* crônicos e agudos (Pai & Carr, 2010).

Assim, a personalidade não só desempenha um papel essencial no que diz respeito ao processo de *stress* (Pai & Carr, 2010), mas também exerce uma grande influência sobre diferentes formas de perceber as situações envolventes (i.e., significados atribuídos aos eventos) (Magnus et al., 1993).

Deste modo, os traços de personalidade funcionam como moderadores dos níveis de *stress* percebido (Madamet, Portard, Huart, El-Hage, & Courtois, 2017). Também ao nível do trauma parece verificar-se uma influência destas diferenças individuais, nomeadamente, no desenvolvimento do diagnóstico de PTSD (Sveen et al., 2016).

Assim, certas diferenças individuais ao nível dos traços de personalidade resultam num fator de vulnerabilidade que desempenha um papel importante na formação de sintomas de PTSD (Jakšić et al., 2012). O modelo da vulnerabilidade referido na investigação de Kotov, Gamez, Schmidt, e Watson (2010), postula que os traços de personalidade se encontram na etiologia do desenvolvimento de determinadas perturbações. Ou seja, ao nível da estrutura da personalidade existem diferenças individuais referentes à vulnerabilidade ou resiliência ao *distress* psicológico, neste caso de PTSD. O modelo *diathesis-stress* refere que, relativamente à PTSD, a situação traumática surge como um *stressor* primário, que ativa os sintomas, mas são as diferenças individuais que existem previamente ao trauma que contribuem para o desenvolvimento deste diagnóstico. Assim, também segundo este modelo se verifica a existência de vulnerabilidades psicológicas anteriores à vivência traumática (Elwood, Hahn, Olatunji, & Williams, 2009; McKeever & Huff, 2003).

Estes argumentos são explicativos do “porquê” de apenas algumas pessoas desenvolverem reações traumáticas (Jakšić et al., 2012).

Os traços de personalidade que se associam à impulsividade podem estar relacionados com o aumento da probabilidade de um indivíduo se deparar com uma situação potencialmente traumática (Lauterbach & Vrana, 2001). Uma vez que o neuroticismo é o traço que se caracteriza pelo controlo de impulsos, humor deprimido irritabilidade e agressividade (Allen & Lauterbach, 2007; Bienvenu et al., 2001; Jakšić et al., 2012; Reis & Carvalho, 2016), vários estudos apontam para o risco de desenvolvimento de PTSD em pessoas com pontuações elevadas nesta dimensão da

personalidade (Ceobanu & Mairean, 2015; Clark & Owens, 2012; Gil, 2015; Guo, Xue, Shao, Long, & Cao, 2015; Hengartner, van der Linden, Bohleber, & von Wyl, 2017; Jeronimus, Riese, Sanderman, & Ormel, 2014; Lauterbach & Vrana, 2001; Olge et al., 2014; Shalev, 1996; Sveen et al., 2016; Weinberg & Gil, 2016). Perfis de personalidade que apresentem um neuroticismo mais elevado caracterizam-se por terem uma natureza mais sensível e reativa, o que se torna explicativo do desenvolvimento de mais sintomas de PTSD em resposta aos níveis mais elevados de *distress* percebido (De La Rosa, Delaney, Webb-Murphy, & Johnston, 2015). Ormel e Wohlfarth (1991) mostram ainda que a existência de um efeito direto do neuroticismo no *distress* psicológico é mais forte do que os efeitos das dificuldades a longo-prazo. Isto permite-nos afirmar que as predisposições da personalidade são mais preponderantes do que os fatores ambientais no que diz respeito à predição do *distress*.

Também estudos sobre resiliência (i.e., capacidade de manter um equilíbrio estável; vivenciar perturbações transitórias e manter um funcionamento normal) (Bonano, 2004) corroboram o parágrafo anterior, ao apresentarem o neuroticismo com uma relação negativa (Ercan, 2017). Vários estudos revelam que pessoas mais resilientes, apresentam traços mais elevados de extroversão, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência e neuroticismo mais baixo (Caska & Renshaw, 2013; Ceobanu & Mairean, 2015; Ercan, 2017; Madamet et al., 2017; Sveen et al., 2016; Zeb, Naqvi, & Zonash, 2013).

Deste modo, os traços de extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade parecem atuar como fatores de proteção, aquando da vivência de acontecimentos traumáticos, enquanto o neuroticismo parece atuar como fator de risco para o desenvolvimento de PTSD (Ceobanu & Mairean, 2015; Olge et al., 2014; Sveen et al., 2016). É também neste sentido que aponta o estudo de Fauerbach, Lawrence, Schmidt, Munster, e Costa (2000), realizado com uma amostra de doentes queimados, afirmando que indivíduos com um neuroticismo mais elevado apresentavam um maior risco de sintomas de PTSD, ao contrário dos que tinham uma extroversão mais elevada. Também a investigação realizada por Madamet et al. (2017), com uma amostra de agentes da polícia, revela que amabilidade e extroversão apresentam relações negativas com os sintomas de PTSD. Contudo, estes traços não se revelam significativos na presença de um elevado neuroticismo.

Mais ainda, neuroticismo, extroversão, amabilidade e conscienciosidade apresentam fortes associações relativamente ao suporte social. Com exceção do

neuroticismo que apresenta uma associação negativa, todos os outros traços apresentam uma associação positiva em relação ao suporte social (Caska & Renshaw, 2013), o que permite a indivíduos com elevados níveis destes traços, aceder a fontes de apoio social (Hengartner et al., 2017).

Contudo, os resultados nem sempre são consensuais. No estudo de Ceobanu e Mairean (2015) não foi apenas o neuroticismo que apresentou uma forte relação com *stress* traumático, mas também a conscienciosidade. E a investigação de Caska e Renshaw (2013) aponta para associações entre abertura à experiência e neuroticismo em situações traumáticas, quando estes dois traços apresentam valores elevados, enquanto as dimensões de conscienciosidade e agradabilidade apresentam uma fraca relação com estas mesmas situações.

Neste sentido, parece existir um efeito dual relativamente à extroversão e abertura à experiência. Estes indivíduos parecem ter uma maior probabilidade de estarem envolvidos em acontecimentos considerados como potencialmente traumáticos, o que se deve à sua tendência para explorarem situações arriscadas e desafiantes, ainda que não sejam interpretadas como traumáticas (Weinberg & Gil, 2016). Contudo, quando a abertura à experiência se associa a um elevado neuroticismo, parece existir um maior risco de PTSD (Caska & Renshaw, 2013).

Isto leva-nos à importante necessidade de considerar as possíveis influências referentes às interações possíveis entre os traços e as suas consequências ao nível psicológico (Caska & Renshaw, 2013).

1.7. Trauma Psicológico, Traços de Personalidade e Diferenças de Sexo

Alguns autores que se interessaram pelo estudo dos traços de personalidade verificam a existência de uma variação dos mesmos em função do sexo do indivíduo.

De um modo geral, as mulheres apresentam traços de neuroticismo, conscienciosidade, extroversão e amabilidade mais elevados do que os homens (Alqaisy & Thawabieh, 2016; Beier & Ackerman, 2003; Chapman et al., 2007; Gonzalez-Mulé, DeGeest, Kiersch, & Mount, 2013; Wang, 2014; Weisberg, DeYoung, & Hirsh, 2011).

Investigações de Costa, Terracciano, e McCrae (2001), Weisberg, DeYoung, e Hirsh (2011) e de Fernández e Castro (2004) aprofundam esta questão, indicando que o traço de extroversão varia por facetas, i.e., os homens apresentam uma maior assertividade e procura de estimulação, ao passo que as mulheres apresentam níveis mais

elevados de afeto, socialização e emoções positivas. Apesar de as mulheres obterem pontuações mais elevadas neste traço, as diferenças são pequenas.

Relativamente à abertura à experiência não parecem verificar-se diferenças significativas (Weisberg et al., 2011). Contudo, as mulheres tendem a ser mais sensíveis a questões estéticas, sentimentos e ações, enquanto os homens mostram uma maior abertura a ideias (Costa, Terracciano, & McCrae, 2001). Este facto não é indicativo de maior inteligência dos homens relativamente às mulheres.

Quanto ao traço de conscienciosidade, as mulheres apresentam resultados mais elevados na faceta “ordem”, que inclui características de organização e perfeccionismo. Contudo, segundo o estudo de Weisberg, DeYoung, e Hirsh (2011) as diferenças relativamente ao sexo não são significativas.

No que diz respeito à diferença entre sexos na temática do trauma, a literatura parece apresentar-se algo consensual: as mulheres, comparativamente com os homens, apresentam uma maior probabilidade de desenvolver PTSD após a exposição a um evento traumático (Ditlevsen & Elklit, 2012; Gehrke & Violanti, 2006; Hapke et al., 2006; Jerotić & Bojović, 2016; Norris, Perilla, Ibañez, & Murphy, 2001; Young & Korszun, 2010), apresentando mais sintomatologia (Essar, Ben-Ezra, Langer, & Palgi, 2008; Shemsedini, 2016). Tolin e Foa (2006) aprofundam a temática e afirmam que este resultado se mantém independentemente do tipo de estudo realizado, população, tipo de avaliação ou outras variáveis metodológicas. Mais ainda, as mulheres são também mais afetadas por traumatização secundária (i.e., exposição indireta a um evento traumático) (Baum, Rahav, & Sharon, 2014).

Contudo, parecem ser os homens que apresentam um maior risco de experienciar vivências potencialmente traumáticas. Ou seja, as mulheres, apesar da baixa probabilidade geral de experienciarem um acontecimento traumático, têm mais tendência a preencher os critérios de PTSD (Tolin & Foa, 2006).

Alguns autores justificam esta maior prevalência com o tipo de trauma (Hapke et al., 2006). O sexo masculino apresenta um risco mais elevado de exposição a acidentes em casa, no trabalho ou durante atividades recreativas, exposição a zonas de guerra ou mesmo vivência de acidentes súbitos e violentos. Enquanto a exposição a trauma sexual, tanto na infância como na idade adulta, está mais associada a pessoas do sexo feminino (Thornley, Vorstenbosch, & Frewen, 2016; Tolin & Foa, 2006). Este facto pode justificar o risco mais elevado do desenvolvimento de PTSD (Tolin & Foa, 2006), pois o que Hapke

et al. (2006) verificaram foi que após a exposição a um tipo de violência sexual, os riscos de PTSD não diferem entre homens e mulheres.

Esta prevalência pode ainda ser justificada por fatores relacionados com a pré-existência de problemas de saúde mental, antes do trauma (Constans et al., 2012; Lundell et al., 2017; Stuber, Resnick, & Galea, 2006), como sejam as perturbações de ansiedade (Hapke et al., 2006). O estudo de Lassemo, Sandanger, Nygard, e Sorgaard (2017), sugere a existência de um risco aumentado de PTSD em mulheres que haviam sofrido de uma ou mais doenças psiquiátricas anteriores à exposição traumática. Uma das explicações tem por base um caráter psicossocial, uma vez que estes indivíduos podem viver em condições, quer socioeconómicas, quer relacionais, que os predispõem a uma maior probabilidade de experienciar eventos traumáticos. Outra explicação que apresentam é a vulnerabilidade emocional, que os coloca em risco. Frequentemente, as mulheres são consideradas como sendo mais sensíveis ao *stress* interpessoal. Segundo esta hipótese explicativa, a doença encontra-se relacionada com fatores da personalidade que defendem a existência de uma suscetibilidade ao trauma. Esta última explicação vai ao encontro dos resultados dos estudos anteriormente apresentados que relacionam traços de personalidade, nomeadamente um elevado neuroticismo, a mais vivências traumáticas.

Há ainda autores que referem a existência de traços de ansiedade, depressão, auto-consciência e vulnerabilidade mais elevados em mulheres, tornando-as particularmente vulneráveis a eventos traumáticos devido a um processamento do *stress* menos eficaz (Kok et al., 2016; Langvik, Hjemdal, & Nordahl, 2016; Laposá & Alden, 2008; Weisberg et al., 2011; Schweizer et al., 2017; Zvielli, Bernstein, & Berenz, 2012).

2. Objetivos e Hipóteses

Esta investigação pretende explorar o tema do Trauma Complexo apresentando-se como pertinente e com alguma novidade científica. O conceito de Trauma Complexo é ainda pouco falado, explorado, e mesmo algo desvalorizado, tendo em conta a inexistência de um diagnóstico próprio e que a maioria dos estudos realizados focam apenas a PTSD. Sendo que alguns autores apontam para que o Trauma Complexo seja a regra e não a exceção, e que ainda pouco se sabe sobre diferenças individuais em experiências de Trauma Complexo (Briere et al., 2008; Ford, 1999; Ford et al., 2006; Lawson, 2017; Keane et al., 2016), este estudo pretende explorar algumas destas variáveis psicológicas.

Objetivo 1: Verificar se, ao nível da população geral, existem diferenças relativamente ao sexo, no Trauma Complexo. Ou seja, se se encontram associados mais domínios de Trauma Complexo a mulheres ou homens ou se, pelo contrário, não se verificam diferenças.

(H1): Espera-se encontrar mais domínios do Trauma Complexo no sexo feminino, comparativamente com o sexo masculino.

Objetivo 2: Compreender a relação que existe entre os vários domínios do Trauma Complexo e os Traços de Personalidade (Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade).

(H2): Espera-se encontrar relações diretas entre os domínios do Trauma Complexo e o Neuroticismo.

(H3) Espera-se encontrar relações diretas entre os domínios do Trauma Complexo e a Abertura à Experiência.

(H4) Espera-se encontrar relações inversas entre os domínios do Trauma Complexo e a Extroversão.

Objetivo 3: Estimar o valor preditivo dos Traços de Personalidade no Trauma Complexo para cada um dos sexos.

(H5): Espera-se que os homens apresentem Abertura à Experiência e Extroversão elevadas e uma Conscienciosidade baixa, na predição dos domínios do Trauma Complexo.

(H6): Espera-se que as mulheres apresentem um Neuroticismo elevado e uma Conscienciosidade baixa, na predição dos domínios do Trauma Complexo.

Em termos práticos este estudo poderá ser relevante pois, através da identificação da existência de possíveis fatores de vulnerabilidade ao nível da personalidade, poderá existir a possibilidade de se atuar ao nível da prevenção em alguns casos.

3. Método

3.1.Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 338 participantes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.07$ anos; $DP = 13.56$ anos), da população geral.

A caracterização sociodemográfica dos participantes encontra-se apresentada no Quadro 1.

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da Amostra

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Masculino	132	39.1						
Feminino	206	60.9						
Idade			41.07	13.56	40	37	18	83
Escolaridade								
<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						
Estado civil								
Solteiro	104	30.9						
Casado ou vivendo como tal	197	58.5						
Viúvo	6	1.8						
Divorciado ou separado	30	8.9						
Trauma								
Sim	154	46.8						
Não	174	52.9						

3.1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino

A amostra do presente estudo é composta por 132 participantes do sexo masculino com uma média de 41.86 anos de idade ($DP = 14.01$ anos).

A caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Masculino

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			41.86	14.01	40	52	18	83
Escolaridade								
<4º ano	4	3						
4º ano	1	.8						
6º ano	9	6.8						
9º ano	18	13.6						
12º ano	51	38.6						
Licenciatura ou mais	49	37.1						
Estado civil								
Solteiro	40	30.5						
Casado ou vivendo como tal	80	61.1						
Viúvo	2	1.5						
Divorciado ou separado	9	6.9						
Trauma								
Sim	55	42.6						
Não	73	56.6						

A amostra do presente estudo é composta por 206 participantes do sexo feminino, com uma média de 40.56 anos de idade ($DP = 13.27$ anos).

A caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo feminino apresenta-se no Quadro 3.

Quadro 3

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Feminino

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			40.56	13.27	39.50	37	18	82
Escolaridade								
<4º ano	3	1.5						
4º ano	4	1.9						
6º ano	7	3.4						
9º ano	34	16.5						
12º ano	45	21.8						
Licenciatura ou mais	113	54.9						
Estado civil								
Solteiro	64	31.1						
Casado ou vivendo como tal	117	56.8						
Viúvo	4	1.9						
Divorciado ou separado	21	10.2						
Trauma								
Sim	99	49.5						
Não	101	50.5						

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico utilizado é composto por 16 itens e permite recolher vários dados, entre eles o sexo, idade, escolaridade e estado civil (*vide* Anexo A).

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

Foi utilizada a versão portuguesa do questionário SIDES-SR (Duarte-Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016), adaptada da versão original de van der Kolk, 2002. É um questionário de autorrelato, composto por 45 itens e pertence ao Grupo de Investigação do DSM-5 sobre o Trauma Complexo e as Perturbações de *Stress* Extremo. O objetivo deste inventário é avaliar a presença do diagnóstico de DESNOS (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*). O Trauma Complexo é avaliado em seis

clusters sintomatológicos: desregulação de afetos e impulsos, alterações na atenção e consciência, autopercepção, relação com os outros, somatização e sistema de significados (devidamente descritos na fundamentação teórica desta dissertação). Estas seis dimensões representam as áreas onde se verifica um dano no construto de DESNOS. Apesar de, no presente estudo, o SIDES-SR ter sido utilizado como uma medida de autorrelato, também pode ser administrado na forma de entrevista clínica. Para cada item os participantes avaliam a presença de um determinado sintoma, ao longo do seu percurso de vida, numa dicotomia “sim/não”. Caso a resposta seja afirmativa e, portanto, se verifique a presença da sintomatologia, o participante irá assinalar a severidade do mesmo ao longo do último mês numa escala de cinco pontos (0-3 ou não se aplica- 4). Cada item apresenta exemplos concretos de comportamentos, como forma de facilitar a resposta dos pacientes (Trauma Center, 2001; Camargo, Kluwe-Schiavon, Sanvicente-Vieira, Levandowski, & Grassi-Oliveira, 2013; Luxenberg, et al., 2001). Pode ser cotado como diagnóstico para aceder à presença de sintomatologia significativa nas seis dimensões do DESNOS, ou como medida contínua da severidade dos sintomas nas seis dimensões (forma esta utilizada neste estudo). Em geral, a classificação do item no nível 2 ou acima, é considerado indicativo da severidade clínica (Trauma Center, 2001).

Relativamente à consistência interna, esta escala apresenta um valor de .93, em estudos anteriores, e as subescalas exibem valores entre .74 e .82. Apresenta-se, assim, como um bom instrumento de medição (Trauma Center, 2001). No presente estudo, as subescalas do SIDES-SR apresentam valores de alfa de *Chronbach* entre .52 e .79 revelando-se, deste modo, um instrumento adequado para esta investigação.

3.2.3. NEO-FFI: Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade

No presente estudo, foi utilizada a versão abreviada do NEO-PI-R, na versão portuguesa de Lima e Simões (2000). É um questionário de autorrelato, constituído por 60 itens, que avalia os cinco traços básicos da personalidade: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade, conscienciosidade.

(1) O neuroticismo avalia a adaptação *versus* instabilidade emocional. Está associado ao grau de estabilidade emocional e ao controlo de impulsos de um determinado indivíduo, assim como a sentimentos de tensão, preocupação e irritabilidade. Diz respeito à tendência para experienciar emoções de forma mais intensa e negativa (i.e., afeto negativo), refletindo alguma dificuldade em geri-las. Ou seja, pessoas com elevado neuroticismo são mais sensíveis ao *stress*, uma vez que as suas respostas são rápidas e

intensas. (2) A extroversão remete para características como o otimismo, capacidade de afirmação, facilidade no estabelecimento de relações, sociabilidade, emoções positivas (i.e., afeto positivo), necessidade de estimulação e elevado nível de atividade. (3) A abertura à experiência é característica de pessoas mais criativas, com curiosidade intelectual, sensíveis aos aspectos estéticos e atentas aos seus sentimentos, com tendência para se interessarem por novas situações, ideias e experiências, ou seja, pouco convencionais e tradicionais. (4) A amabilidade remete para uma pessoa mais orientada para os outros, num sentido altruísta. O indivíduo muito amável tem tendências para a cooperação e evitamento de conflitos no que diz respeito às relações interpessoais. Caracteriza-se por ser bondoso e disposto a perdoar, sentimental e de confiança. (5) A conscienciosidade remete para características de maior organização, motivação, rigor, persistência e auto-disciplina para alcançar objetivos pré-estabelecidos. Verifica-se uma força do ego no sentido do adiamento da gratificação imediata e capacidade de elaboração de planos a longo-prazo, ou seja, capacidade de controlo de impulsos (Bienvenu et al., 2001; Costa & McCrae, 1995; Friberg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, & Hjemdal, 2005; Jakšić, Brajković, Ivezić, Topić, & Jakovljević, 2012; Jourdy & Petot, 2017; Lima & Simões, 1995; Lima & Simões, 2000; Lima & Simões, 2003; Longley et al., 2017; Nunes & Hutz, 2007; Paris, 2000; Shiner, Allen, & Masten, 2017; Sveen, Arnberg, Arinell, & Johannesson, 2016; van Straten, Cuijpers, van Zuuren, Smits, & Donker, 2007).

Estas cinco dimensões são avaliadas por uma escala de *Likert* de cinco pontos, que varia entre zero e quatro: (0) Discordo Fortemente; (1) Discordo; (2) Neutro; (3) Concordo; (4) Concordo Fortemente.

Este instrumento tem a vantagem, comparativamente à sua versão mais extensa, de ser menos moroso e, por isso, mais versátil. O tempo de aplicação é de, aproximadamente, 15 minutos. Dando acesso à obtenção de uma versão viável dos domínios dos cinco fatores, permite o seu uso extensivo para estudar relações entre estes e outros construtos (Körner, Czajkowska, Albani, Drapeau, Geyer, & Braehler, 2015; Magalhães et al., 2014; Pedroso-Lima, Magalhães, Salgueira, Gonzales, Costa, Costa, Costa, 2014).

No presente estudo, apresenta valores de alfa de *Chronbach* para a análise da consistência interna: Neuroticismo (.81); Extroversão (.75); Abertura à Experiência (.71); Amabilidade (.72); Conscienciosidade (.81). O instrumento demonstra-se adequado para esta investigação.

3.3. Procedimento

A amostra foi recolhida pelo método “Bola de Neve”, mediante contactos dos alunos do Mestrado Integrado em Psicologia. Os sujeitos que concordaram em participar neste estudo, receberam o protocolo num envelope, juntamente com o consentimento informado (*vide* Anexo B), que foi assinado antes de iniciar o preenchimento do protocolo. O consentimento informado apresenta o objetivo e o âmbito da investigação e assegura o anonimato das respostas, assim com o carácter confidencial da informação. A confidencialidade de todos os participantes foi garantida através da atribuição de um número de ordem que os representa. Caso o participante pretenda obter uma breve informação sobre os resultados obtido, foi facultado o contacto do investigador. O protocolo e consentimento informado, devidamente assinado, foram devolvidos dentro do envelope 15 dias após a sua entrega.

O protocolo é composto por nove instrumentos de avaliação psicológica (questionários de autorrelato). Tal como descrito na secção 3.2., o presente estudo usou três dos nove instrumentos. O preenchimento da totalidade deste protocolo tem uma duração de cerca de uma hora e 30 minutos.

Recorreu-se à estatística descritiva que incluiu cálculos de frequências, médias e desvios-padrão. De forma a obter uma medida do grau de correlação ou associação entre as variáveis estudadas, utilizaram-se técnicas estatísticas mais específicas, como o coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo-se ainda efetuado análises de variâncias a um fator, através da ANOVA. Por último, e como forma de estimar valores preditivos, recorreu-se a análises de regressões lineares múltiplas (Maroco, 2011).

Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para $p\text{-values} \leq .05$.

As análises estatísticas efetuadas foram realizadas com o *Software PASW Statistics* (v. 24 SPSS Inc, Chicago, IL).

4. Resultados

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos no presente estudo. Em primeiro lugar, apresentam-se os resultados relativos a uma possível existência de diferenças de sexo no Trauma Complexo. De seguida, figuram os resultados da exploração da relação entre Traços de Personalidade e os vários domínios do Trauma Complexo, para que, por fim, se estime os valores preditivos dos Traços de Personalidade no Trauma Complexo, para cada um dos sexos.

4.1. Diferenças de sexo no Trauma Complexo

Os resultados analisados nesta sub-seção são relativos à hipótese 1, que integra o objetivo 1 deste estudo (*vide* p. 20).

Para avaliar a possível existência de diferenças entre sexos relativamente aos domínios do Trauma Complexo, foi efetuada uma análise de variância a um fator – ANOVA a um fator. Os pressupostos deste método estatístico foram validados – Normalidade e Homogeneidade de variâncias: *Levene* ($p \geq .06$, para todas as dimensões). No Quadro 4 relatam-se estes resultados.

Quadro 4

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Sexos Masculino e Feminino nos Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR)

Domínios	Masculino	Feminino	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	π
	(<i>n</i> = 132)	(<i>n</i> = 206)				
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)				
DAI	.22(.35)	.18(.32)	.92	.34	.008	.33
AAC	.17(.47)	.23(.57)	1.17	.28	.003	.15
AP	.08(.23)	.10(.25)	.24	.63	.0001	.05
RO	.14(.42)	.18(.39)	.58	.45	.003	.16
S	.05(.21)	.08(.24)	1.33	.25	.003	.14
SS	.20(.47)	.17(.47)	.26	.61	.002	.14

Nota¹. [DAI: Desregulação de afetos e impulsos; AAC: Alterações na atenção e consciência; AP: Autoperceção; RO: Relação com os outros; S: Somatização; SS: Sistema de Significados].

De acordo com os testes, não foram observados resultados estatisticamente significativos ($p < .05$). Ou seja, podemos concluir que não se verificam diferenças entre homens e mulheres nos vários domínios do Trauma Complexo.

4.2. Relação entre Trauma Complexo e Traços de Personalidade

De seguida, os resultados analisados são relativos às hipóteses 2, 3 e 4, que integram o objetivo 2 deste estudo (*vide* p. 20).

¹ η^2_p (dimensão do efeito): $\leq .05$ (Pequeno); $].05; .25]$ (Médio); $].25; .50]$ (Elevado); $> .50$ (Muito elevado); π (potência do teste): $\geq .80; 1.00]$ (Cohen (1988) cit. por Marôco, 2011).

Para compreender a relação existente entre os vários domínios do Trauma Complexo e os Traços de Personalidade, recorreu-se à utilização do coeficiente de correlação de *Pearson*, de modo a poder verificar a relação existente entre os Traços de Personalidade e as dimensões do Trauma Complexo. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 5.

Quadro 5

Coefficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR)

NEO-FFI	Dimensões do SIDES-SR					
	Dai	Aac	Ap	Ro	S	Ss
Neuroticismo	.47**	.34**	.39**	.33**	.23**	.40**
Extroversão	-.17**	-.17**	-.24**	-.26**	-.06	-.24**
Ab. à Experiência	.06	.11*	.14*	.13*	.10	.19**
Amabilidade	-.27**	-.13*	-.21**	-.31**	-.06	-.10
Conscienciosidade	-.19**	-.12*	-.19**	-.07	.01	-.23**

Nota². Os casos em que $p < .05$ estão identificados a negrito.

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

[Dai: Desregulação de afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; Ap: Autoperceção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistema de Significados].

Através desta análise podemos verificar que o traço de neuroticismo apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões do Trauma Complexo, apresentando uma dimensão do efeito média para todos os domínios, excetuando a “somatização” ($r^2 < .10$).

A abertura à experiência apresenta correlações positivas estatisticamente significativas, com exceção dos domínios “desregulação de afetos e impulsos” e “somatização” que não são estatisticamente significativos. A dimensão do efeito destas correlações é fraca ($r^2 < .10$). Deste modo, a hipótese levantada relativamente a este traço da personalidade é parcialmente confirmada.

O traço de extroversão apresenta correlações negativas estatisticamente significativas com todos os domínios, excluindo a somatização. Também aqui as

² Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado: $.10 < r^2 \leq .25$; $.25 < r^2 \leq .50$; $r^2 > .50$ (Cohen, 1988).

correlações apresentam uma dimensão do efeito fraca ($r^2 < .10$). Ainda assim, a hipótese colocada é, também, parcialmente confirmada.

4.3. Predição do Trauma Complexo baseado nos Traços de Personalidade para ambos os sexos

Para finalizar, os resultados analisados que se seguem são relativos às hipóteses 5 e 6, que integram o objetivo 3 deste estudo (*vide* p. 20).

Para estimar o valor preditivo dos Traços de Personalidade no Trauma Complexo para ambos os sexos, procedeu-se à realização de Análises de Regressão – Linear Múltipla, método *stepwise*.

Os resultados relativos ao sexo masculino encontram-se apresentados no Quadro 6.

Quadro 6

Análise de Regressão Múltipla dos Traços de Personalidade Preditores do Trauma Complexo no Sexo Masculino

Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Dai					.69	.47	36.62	.0001*
Neuroticismo	.02	1.13	6.85	.0001*				
Amabilidade	-.02	-1.21	-3.54	.001*				
Extroversão	.01	.68	2.08	.039*				
Aac					.50	.25	21.34	.0001*
Neuroticismo	.02	.97	5.33	.0001*				
Extroversão	-.01	-.59	-3.22	.002*				
Ap					.54	.29	16.59	.0001*
Neuroticismo	.01	.76	3.67	.0001*				
Amabilidade	-.01	-1.22	-4.05	.0001*				
Ab. à Experiência	.01	.85	2.62	.010*				
Ro					.46	.21	16.47	.0001*
Neuroticismo	.02	.92	4.65	.0001*				
Amabilidade	-.01	-.58	-2.91	.004*				
S					.28	.08	11.09	.001*
Neuroticismo	.003	.28	3.33	.001*				
Ss					.59	.34	21.77	.0001*
Neuroticismo	.02	.68	3.41	.001*				
Conscienciosidade	-.02	-1.18	-4.57	.0001*				
Ab. à Experiência	.02	.95	3.23	.002*				

Nota. [Dai: Desregulação de afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; Ap: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistema de Significados]; * *Two-tailed*.

Verifica-se, portanto, uma abertura à experiência elevada nos modelos que explicam a autopercepção e o sistema de significados, sendo que também a conscienciosidade elevada explica o domínio do sistema de significados. Contudo, o traço de extroversão que, quando elevado, explica o domínio da desregulação de afetos e impulsos, quando baixo, explica o resultado do domínio das alterações na atenção e consciência. Estes resultados confirmam parcialmente a hipótese levantada para o sexo masculino.

Os resultados relativos ao sexo feminino encontram-se apresentados no Quadro 7.

Quadro 7

Análises de Regressão Múltipla dos Traços de Personalidade Preditores do Trauma Complexo no Sexo Feminino

Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Dai					.47	.23	29.12	.0001*
Neuroticismo	.02	.77	5.28	.0001*				
Conscienciosidade	-.01	-.36	-2.44	.016*				
Aac					.67	.44	76.30	.0001*
Neuroticismo	.02	1.20	8.80	.0001*				
Amabilidade	-.01	-.64	-4.66	.0001*				
Ap					.53	.29	39.78	.0001*
Neuroticismo	.01	1.01	7.47	.0001*				
Extroversão	-.01	-.62	-4.55	.0001*				
Ro					.59	.35	35.45	.0001*
Neuroticismo	.01	.78	4.93	.0001*				
Amabilidade	-.02	-1.40	-5.51	.0001*				
Ab. à Experiência	.02	1.07	3.83	.0001*				
S					.39	.16	36.80	.0001*
Neuroticismo	.004	.39	6.07	.0001*				
Ss					.53	.28	38.98	.0001*
Neuroticismo	.02	1.00	7.46	.0001*				
Extroversão	-.01	-.61	-4.54	.0001*				

Nota. [Dai: Desregulação de afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; Ap: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistema de Significados]; * *Two-tailed*.

Tal como foi sugerido pela hipótese colocada para o sexo feminino, o neuroticismo elevado é preditor de todos os domínios do Trauma Complexo. Contudo, a baixa conscienciosidade é apenas explicativa do domínio da desregulação de afetos e impulsos. Estes resultados confirmam parcialmente a hipótese.

5. Discussão

Neste capítulo, irá proceder-se à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, que se encontram apresentados no capítulo anterior, tendo por base os objetivos e hipóteses colocadas.

Este estudo contribui para a investigação da relação entre o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade, que nos permitirá uma melhor compreensão sobre a incidência do trauma na população geral, assim como poderá permitir a identificação de fatores de risco face à vivência de situações adversas.

Ao contrário do que é referido em grande parte da literatura (e.g., Ditlevsen & Elklit, 2012; Gehrke & Violanti, 2006; Hapke et al., 2006; Jerotić & Bojović, 2016; Norris et al., 2001; Young & Korszun, 2010), não foram verificadas, neste estudo, diferenças significativas entre sexos, no que diz respeito aos domínios do Trauma Complexo. Deste modo, a hipótese 1 (*vide* p. 20) não é confirmada. Contudo, o facto destes autores verificarem uma maior prevalência do trauma, nomeadamente, do diagnóstico de PTSD, poderá dever-se ao tipo de trauma a que a pessoa foi exposta. Hapke et al. (2006), verificaram que, após uma exposição a violência sexual, os riscos de PTSD são iguais em homens e mulheres. Todavia, a prevalência destes acontecimentos é mais elevada em mulheres, enquanto nos homens se verifica uma maior incidência de acidentes laborais ou em atividades recreativas (Thornley et al., 2016; Tolin & Foa, 2006).

Poderá colocar-se ainda outra hipótese: os estudos que incidem sobre a prevalência do trauma exploram, sobretudo, o diagnóstico de PTSD, ao passo que o presente estudo se foca no Trauma Complexo. Ou seja, enquanto a PTSD pode incluir apenas um evento traumático, o Trauma Complexo abarca situações traumáticas repetidas e prolongadas no tempo, tendo, algumas delas, início na infância ou adolescência. Assim sendo, o facto de não se terem verificado diferenças ao nível dos vários domínios do DESNOS para ambos os sexos, poderá indicar que, perante situações que o indivíduo sinta como traumáticas e que se repitam e prolonguem no tempo, homens e mulheres serão igualmente afetados pelo trauma. Neste sentido, Wamser-Nanney e Cherry (2018) ao se deparem com a falta de literatura existente relativa ao Trauma Complexo e às diferenças de sexo, realizaram um estudo com crianças que vai um pouco ao encontro dos resultados apresentados neste estudo. Recorrendo a uma amostra de crianças sobreviventes ao Trauma Complexo (i.e., situações de abuso sexual e violência doméstica), verificou-se apenas uma ligeira discrepância relativamente ao género.

Apesar dos resultados deste estudo não poderem ser comparados aos do estudo atual, permanece a ideia da possível inexistência de diferenças entre sexos nos vários domínios do Trauma Complexo, ainda que se verifique uma carência de investigação nesta área.

É ainda importante ter em consideração que o estudo tem por base a análise de uma amostra da população geral e não uma amostra clínica, o que poderá influenciar este resultado obtido.

Tal como havia sido descrito inicialmente na hipótese 2 (*vide* p. 20), é possível encontrar relações diretas entre todos os domínios do Trauma Complexo e o Neuroticismo, pelo que a hipótese é confirmada. Este resultado vai ao encontro da literatura que associa um elevado Neuroticismo a situações traumáticas (Ceobanu & Mairean, 2015; Clark & Owens, 2012; Gil, 2015; Guo et al., 2015; Hengartner et al., 2017; Jeronimus et al., 2014; Lauterbach & Vrana, 2001; Olge et al., 2014; Shalev, 1996; Sveen et al., 2016; Weinberg & Gil, 2016). Este dado consensual da literatura pode dever-se a questões de perceção, uma vez que pessoas que apresentem um Neuroticismo elevado tendem a interpretar e reportar eventos de forma mais negativa, percecionando-os como ameaçadores (Bolger & Zuckerman, 1995; Magnus et al., 1993; Olge et al., 2014; Sarubin et al., 2015; Watson & Hubbard, 1996), percebendo ainda os outros que as rodeiam como sendo pouco apoiantes e de pouca confiança (Pai & Carr, 2010). Isto deve-se ao facto de indivíduos em que este traço de personalidade se encontre elevado, serem mais sensíveis e reativos ao ambiente envolvente, sendo, portanto, também mais ansiosos (De La Rosa et al., 2015).

Estes indivíduos apresentam ainda uma forma pouco eficaz de lidar com o *stress* (Watson & Hubbard, 1996), o que pode levar a que seja considerada a existência de uma propensão para o *distress*, uma vez que se apresentam mais experiências de *distress* ao longo da vida (Ormel & Wohlfarth, 1991; Plopa et al., 2016).

Relativamente à Abertura à Experiência, que corresponde à hipótese 3 (*vide* p. 20), apenas não se verificaram relações diretas com os domínios “Desregulação de afetos e impulsos” e “Somatização”, levando a que esta hipótese seja parcialmente confirmada. Estes resultados podem dever-se ao facto destes domínios estarem mais relacionados com questões de internalização e da relação com o próprio. Ainda que a Abertura à Experiência seja um traço de personalidade que tende a estar associado a pessoas sensíveis, ligadas aos sentimentos, remete também para um corte com ideias convencionais, predispondo-se a novas situações e experiências. Pode acontecer que, perante uma situação traumática,

e em casos em que o indivíduo não consiga dar sentido a esta situação e, portanto, não consiga elaborar a agressividade sentida, quer em relação ao próprio, quer em relação aos outros, esta agressividade tenderá a ser projetada ao invés de ser infletida, pois este traço está muito associado ao agir, à externalização (Watson, Stasik, Ellicson-Larew, & Stanton, 2015). Mais ainda, a procura de experiências encontra-se associada à psicopatologia (Wiggins & Pincus, 1989).

Segundo Caska e Renshaw (2013), quando a Abertura à Experiência e Neuroticismo se encontram elevados, parece existir um maior risco de PTSD, o que vai ao encontro dos resultados obtidos, uma vez que estes dois traços são os únicos que se relacionam positivamente com a maioria dos domínios do Trauma Complexo.

No que diz respeito à Extroversão, isto é, à hipótese 4 (*vide* p. 20), verificam-se relações negativas com quase todos os domínios do Trauma Complexo, sendo que a “Somatização” é o único que não se apresentou como significativo. Assim, pode-se afirmar que esta hipótese se apresenta como parcialmente confirmada. À semelhança dos resultados obtidos para a Abertura à Experiência, a Extroversão é também um traço muito associado à externalização e, portanto, à projeção da agressividade, enquanto a somatização se relaciona com a inflexão da agressividade. Como se verificam relações inversas com os domínios do Trauma Complexo esperar-se-ia que a “Somatização” apresentasse valores significativos. Contudo, o domínio da “Somatização” apenas se relaciona com o Neuroticismo. Este facto poderá significar que o modo como a somatização se encontra conceptualizada no SIDES-SR, não se encontra a ser devidamente avaliada pelo Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade. O facto de o domínio “Desregulação dos afetos e impulsos” apresentar relação com a Extroversão, ao contrário da Abertura à Experiência, poderá ser um indicador de que se está a avaliar algo que não se encontra a ser avaliado no domínio da “Somatização”. Isto é, o domínio da “Desregulação dos afetos e impulsos” também se associa a comportamentos na ordem da internalização e da inflexão da agressividade contra o próprio (e.g., preocupações suicidas, comportamentos auto-lesivos), o que vai ao encontro do conceito de somatização, apesar deste não se revelar significativo. Assim, poderá não se estar a fazer uma avaliação correta do construto.

Tendo em conta que a Extroversão corresponde à emocionalidade positiva, é compreensível que apresente relações inversas com os domínios do Trauma Complexo. Desta forma, uma baixa Extroversão parece surgir enquanto fator de risco do Trauma Complexo, devido à desorganização do sujeito na relação com os outros o que leva a uma

falta de apoio social. Sabe-se que o apoio social tende a funcionar como um fator protetor perante situações traumáticas (Banyard et al., 2003), pelo que nos podemos questionar sobre qual das variáveis apresentará uma maior influência de proteção.

Contudo, o domínio da Extroversão é composto por várias facetas: emocionalidade positiva, sociabilidade, assertividade e procura de experiências. A emocionalidade positiva e a sociabilidade tendem a estar associados a um melhor funcionamento psicológico, ao passo que a assertividade e a procura de experiências se mostram pouco adaptativas, uma vez que evidenciam correlações com a psicopatologia (Watson et al., 2015).

A emocionalidade positiva, quando baixa, apresenta relações fortes com a depressão, assim como a sintomatologia associada a esta psicopatologia (e.g., fadiga, suicídio), tal como descrito no estudo de Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis, e Ellard (2014). Quando a sociabilidade toma valores baixos, encontra-se associada a diagnósticos de perturbação de ansiedade social. De modo semelhante, a assertividade, apesar de ser a faceta que apresenta relações mais fracas com a psicopatologia, associa-se também a perturbação de ansiedade social, encontrando-se também muito ligada à externalização (Watson et al., 2015).

Apesar da Extroversão, quando elevada, poder atuar como um fator protetor do indivíduo face ao contexto em que está inserido, é necessário ter em consideração que ambos os extremos de um determinado traço, se podem relacionar com a psicopatologia. Assim, quando a Extroversão se apresenta elevada, pode existir uma associação com perturbação bipolar e a ciclotímica (Barlow et al., 2014).

O estudo de Watson et al. (2015), salienta a importância de analisar as relações existentes entre personalidade e psicopatologia a um nível mais detalhado, como forma de impedir que algumas facetas omitam a influência de outras quando combinadas num determinado domínio. Wiggins e Pincus (1989) referem ainda que a este domínio se podem englobar as perturbações histriónica e esquizoide da personalidade. E, quando combinado com Neuroticismo, poderemos estar perante uma perturbação evitante da personalidade ou de perturbação antissocial da personalidade.

Apesar de não constarem nas hipóteses, os traços de Amabilidade e Conscienciosidade surgem também nos resultados, pelo que merecem a devida atenção.

A Amabilidade apresenta-se inversamente relacionada com grande parte dos domínios do Trauma Complexo, com exceção da “Somatização” e do “Sistema de Significados”. Talvez também, neste caso, se verifique uma desregulação ao nível da

relação com os outros, tornando o sujeito pouco adaptado socialmente, o que o priva de apoio social. Valores baixos de Amabilidade encontram-se associados a perturbação dependente ou paranoide da personalidade (Wiggins & Pincus, 1989). Quando a baixa extroversão se associa a uma baixa Amabilidade, o indivíduo apresenta grandes dificuldades de interação social (Lengel, Helle, DeShong, Meyer, & Mullins-Sweatt, 2016). Assim, uma baixa Amabilidade parece atuar igualmente como um fator de risco do Trauma Complexo.

A Conscienciosidade apresenta relações inversas com quase todos os domínios do Trauma Complexo, com exceção de “Relação com os outros” e “Somatização”. Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos (e.g., Campbell-Sills et al., 2006; Caska & Renshaw, 2013; Chowdhury et al., 2018; Watson & Hubbard, 1996), que referem este traço como preditor de um estilo adaptativo de tolerância ao *distress* psicológico, por se encontrar associado a estabilidade, nomeadamente em relação a acontecimentos que possam representar algum desafio. Ou seja, este traço, quando baixo, encontra-se associado ao Trauma Complexo. Contudo, quando elevado, associa-se à perturbação obsessivo-compulsiva (Wiggins & Pincus, 1989). A Conscienciosidade baixa, relaciona-se mais com situações traumáticas, pois encontramos-nos perante comportamentos de maior impulsividade, menor autodisciplina e menor capacidade de ponderação. Quando este traço se associa a um elevado Neuroticismo poderá levar a quadros de depressão e/ou abuso de substâncias, com comportamentos de risco (e.g., suicídio, violência), o que se poderá dever à incapacidade para controlar os impulsos (Lengel et al., 2016). Assim, uma baixa Conscienciosidade apresenta-se como um fator de risco.

Contudo, há ainda que considerar a questão da plasticidade dos traços de personalidade. Ou seja, embora existam estudos que afirmam a existência de traços que predis põem o indivíduo a que certas situações traumáticas decorram (e.g., Jang, Stein, Taylor, Asmundson, & Livesley, 2003), há ainda outros que consideram que o acontecimento traumático poderá alterar os traços de personalidade (Herman, 1992). Autores como Shiner, Allen, e Masten, (2017) debruçaram-se sobre esta questão e, no seu estudo, provam que a adversidade é capaz de predizer a mudança dos traços de personalidade ao longo de diferentes períodos de desenvolvimento. O Neuroticismo foi identificado como sendo o traço em que a mudança foi mais robustamente prevista ao longo do tempo, nestas situações. Mais ainda, referem que o efeito cumulativo da adversidade poderá estender-se a outros traços, como o decréscimo da Amabilidade e Conscienciosidade. Igualmente, no estudo de Leikas e Salmela-Aro (2015), verificou-se

um aumento do Neuroticismo, quando acompanharam uma amostra de jovens adultos em períodos de mudança e transições profundas, ainda que, em termos de desenvolvimento, o que se espera é uma diminuição deste traço neste período de vida.

Jeronimus, Riese, Sanderman, e Ormel (2014) afirmam que apesar de o Neuroticismo revelar uma elevada estabilidade temporal, quando o indivíduo é exposto a dificuldades a longo prazo que levem a uma deterioração da sua qualidade de vida, este tenderá a sofrer um aumento persistente. Contudo, se a qualidade de vida sofrer uma melhoria, prevê-se uma diminuição duradoura deste traço. Ainda assim, estes autores referem que o Neuroticismo prediz mais consistentemente as experiências do que o seu contrário.

A investigação de Kotov et al. (2010) apresenta vários modelos que justificam ambas as posições. O modelo *pathoplasty* afirma que os traços exercem influência sobre o decurso e severidade da perturbação que o indivíduo desenvolve. Assim, é a personalidade que permite fazer um prognóstico dos resultados clínicos para o doente. Já os modelos *scar* e *complication* defendem que a psicopatologia apresenta a capacidade de alterar a personalidade. Contudo, o primeiro modelo afirma que esta mudança é permanente, ao passo que o segundo defende que é apenas temporária, enquanto a doença se mantiver ativa. Para testar estes modelos, foram comparadas pontuações obtidas antes do início da perturbação, durante o período de doença e depois da sua remissão.

Relativamente aos resultados das hipóteses 5 e 6 (*vide p. 20*), podemos afirmar que estas se confirmam parcialmente. É possível verificar que o perfil explicativo para o sexo masculino, se apresenta mais denso do que o do sexo feminino. Ou seja, existem menos traços a integrar os modelos explicativos para o sexo feminino. Em ambos os sexos, o Neuroticismo surge como um traço preditor para todos os domínios do Trauma Complexo. Apesar de, segundo a literatura, o Neuroticismo ser um traço que se apresenta mais elevado nas mulheres (e.g., Alqaisy & Thawabieh, 2016; Beier & Ackerman, 2003; Chapman et al., 2007; Gonzalez-Mulé et al., 2013; Wang, 2014; Weisberg et al., 2011), este encontra-se também a explicar a predição do Trauma Complexo nos homens. Assim, o Neuroticismo apresenta-se como um preditor geral do Trauma Complexo tanto nos homens como nas mulheres, o que vai ao encontro dos resultados obtidos na hipótese 2 (*vide p. 20*).

O Trauma Complexo parece poder ser explicado pelo traço do Neuroticismo relacionando-se, assim, com o *distress* psicológico, emocionalidade negativa, perceção de falta de controlo relativamente ao futuro e baixa sensação de autoeficácia em reação

às capacidades de *coping* (Barlow et al., 2014). Deste modo, o Neuroticismo pode ser considerado como um marcador de psicopatologia (Lengel et al., 2016; Wiggins & Pincus, 1989). Quando um elevado Neuroticismo se conjuga com uma Extroversão elevada poderão surgir psicopatologias associadas a questões de externalização, enquanto que em conjunto com uma baixa Extroversão, se associa a problemas de internalização (Krueger, 2005).

Quando se consideram os dados com maior pormenor, verificamos todos os perfis explicativos, para homens e mulheres são diferenciais, com exceção do domínio “Somatização”. O que significa que, tendencialmente, homens e mulheres recorrem a diferentes traços de personalidade para se defenderem do trauma.

Para o domínio “Desregulação de afetos e impulsos”, o perfil masculino inclui um elevado Neuroticismo, uma baixa Amabilidade e uma elevada Extroversão. Este conjunto de traços poderá remeter para questões de reduzida interação social e interesse por relações, baixa empatia e altruísmo, assim como uma grande dificuldade em lidar com o *distress* psicológico, associado a uma elevada projeção da agressividade e comportamentos de risco externalizados. O facto da Extroversão se encontrar elevada poderá levar a que o indivíduo se coloque em risco em relação a outras situações potencialmente traumáticas. Ao passo que as mulheres revelam um elevado Neuroticismo e uma baixa Conscienciosidade. Segundo a literatura, e tendo em conta o padrão de desenvolvimento normativo, a Conscienciosidade tende a ser mais elevada nas mulheres (e.g., Alqaisy & Thawabieh, 2016; Beier & Ackerman, 2003; Chapman et al., 2007; Gonzalez-Mulé et al., 2013; Wang, 2014; Weisberg et al., 2011). Mais ainda, esta conjugação de traços poderá levar ao desenvolvimento de perturbações depressiva ou de ansiedade. A baixa Conscienciosidade, associa-se também a comportamentos pouco adaptativos (e.g., abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, suicídio, violência), devido à dificuldade de controlo dos impulsos, o que leva a comportamentos irrefletidos e precipitados (Lengel et al., 2016). Deste modo, a baixa Conscienciosidade poderá apresentar-se como um indicador de Trauma Complexo

Relativamente ao domínio “Alterações na atenção e consciência”, os homens apresentam um perfil que inclui um elevado Neuroticismo e uma baixa Extroversão, enquanto as mulheres apresentam um elevado Neuroticismo e uma baixa Amabilidade. Estes perfis apresentam-se diferenciados pois cada sexo parece recorrer a diferentes traços de personalidade como forma de enfrentar o trauma. Os homens perante uma experiência traumática à qual não conseguem atribuir sentido parecem reagir com uma retirada,

procurando menos experiências, adotando uma postura mais passiva e de evitamento, podendo ainda recorrer a mecanismos de negação (Miller & Resick, 2007; Sezgin & Punamäki, 2012). O elevado Neuroticismo e baixa Extroversão apresentada pelo sexo masculino, poderá levar a que se desenvolvam comportamentos repetitivos, rituais, pensamentos ruminantes, uma vez que estes traços se associam a perturbação obsessivo-compulsiva (Lengel et al., 2016). Esta perturbação pode atuar como um mecanismo de defesa contra o trauma, isto é, perante uma situação avassaladora e sentida como incontrollável, o sujeito desenvolve estratégias pelo controlo excessivo do ambiente envolvente, como forma de aumentar a sua perceção de controlo, embora esta constitua uma falsa perceção. Estes comportamentos levam ou ajudam a manter um certo nível de isolamento social. As mulheres apresentam uma reação semelhante, apesar de recorrerem ao traço de Amabilidade. Verifica-se também o evitamento da interação social e, se a situação for muito avassaladora, pensamentos e emoções podem apresentar-se desconectados, dando origem a um comportamento automático. Em ambas as situações, poderá verificar-se uma dissociação entre as sensações corporais e a experiência, o que poderá levar ao fenómeno de despersonalização (Luxenberg et al., 2001) ou de desrealização, em que tudo parece irreal (Frankl, 1949/2017).

No domínio “Autoperceção” que se associa a sentimentos de culpa, vergonha e incompreensão por parte dos outros (Cook et al., 2005; Luxenberg et al., 2001; van der Kolk & McFarlane, 1996), os homens apresentam um perfil com Neuroticismo elevado, Amabilidade baixa e Abertura à Experiência elevada. Ou seja, parece existir uma tendência não só para a inibição social, como para agir, procurar novas experiências e ideias, o que parece, mais uma vez, estar associados a comportamentos de externalização e de *acting-out*, que podem ser uma forma de lidar com as emoções que se apresentam como demasiado avassaladoras e intensas para serem pensadas. Deste modo, poderá existir uma canalização para o agir, para a procura de novas sensações, o que poderá levar a que o indivíduo adote comportamentos de risco, podendo, mais uma vez, levar a situações potencialmente traumáticas. Já as mulheres parecem lidar com estes sentimentos com uma retirada, por isolamento e pouco contacto social, mais uma vez ligado a comportamentos de internalização, pois apresentam um elevado Neuroticismo e uma baixa Extroversão. Mais uma vez, esta conjugação de traços poderá levar ao desenvolvimento de perturbação obsessivo-compulsiva (Lengel et al., 2016).

No que diz respeito ao domínio “Relações com os outros”, os homens e mulheres parecem adotar uma postura de desinvestimento social, uma vez que ambos apresentam

um elevado Neuroticismo e uma baixa Amabilidade, contudo, as mulheres apresentam ainda uma elevada Abertura à Experiência. Neste domínio, parece acontecer exatamente o contrário de todos os perfis anteriores: os homens apresentam um comportamento mais internalizado ao passo que as mulheres parecem apresentar comportamentos de externalização como forma de colmatar esta falha relacional, esta falta de confiança nos outros, decorrente de uma situação traumática. Isto poderá levar a que as mulheres se coloquem perante situações de risco. Parece ainda verificar-se alguma ambivalência relativamente às relações pois, por um lado, verifica-se uma retirada e evitamento e, por outro, um desejo de procura.

Mais uma vez, o domínio “Somatização” apresenta-se indiferenciado para ambos os sexos, o que nos remete para a questão referida anteriormente em relação à medição do construto.

Para o domínio “Sistema de significados”, os homens apresentam um perfil que inclui um Neuroticismo elevado, uma Conscienciosidade baixa e uma Abertura à Experiência elevada. Ou seja, perante situações de grande *distress* psicológico, parece verificar-se, na população masculina, um corte com o convencional, procura de novas ideias, experiências e/ou crenças, um decréscimo da capacidade de planeamento e do controlo de impulsos. Este perfil poderá levar ao desenvolvimento de perturbação de ansiedade, depressão ou abuso de substâncias, assim como a adoção de comportamentos que se inserem no diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva (Lengel et al., 2016), como tentativa de controlo da situação. As mulheres apresentam um Neuroticismo elevado e uma baixa Extroversão, à semelhança do domínio da “Autoperceção”, pelo que, mais uma vez, recorrem a uma retirada das relações interpessoais, associado a comportamentos de internalização, existindo, ainda, a possibilidade de desenvolvimento de perturbação obsessivo-compulsiva (Lengel et al., 2016).

De um modo geral, estes vários perfis permitem-nos ter uma ideia do funcionamento global dos indivíduos de ambos os sexos. Verifica-se, portanto, que os homens apresentam um maior recurso a comportamentos de externalização, enquanto as mulheres optam pela internalização. Contudo, no domínio “Relação com os outros” esta tendência inverte-se. Assim, parece explicar-se a prevalência de determinados tipos de trauma para cada um dos sexos. Ou seja, o facto de os homens apresentarem uma tendência geral para a externalização e recorrem à internalização quando a relação com os outros se encontra afetada, pode justificar a prevalência de traumas associados a acidentes de trabalho e recreativos (e.g., Hapke et al., 2006). Enquanto as mulheres

apresentam um funcionamento oposto, isto é, tendem a recorrer, de uma forma geral, a comportamentos de internalização, ao passo que, se se verificar uma perturbação na relação com os outros, existe um recurso à externalização, ou seja, um aumento de procura de novas experiências, o que as poderá colocar perante um risco acrescido de trauma relacionado com abuso sexual, caso essas novas experiências tenham por base a interação social (e.g., Thornley et al., 2016; Tolin & Foa, 2006). Esta poderá ser uma forma de colmatar falhas ao nível relacional.

É ainda possível verificar que os Traços de Personalidade que se relacionam com o Trauma Complexo vão no sentido da psicopatologia, pelo que nos podemos questionar se esta associação entre o Trauma Complexo e as diferentes perturbações, referidas ao longo desta secção, surgem após o acontecimento traumático ou se a pré-existência de psicopatologia prévia está na base do surgimento do trauma (e.g., Constans et al., 2012; Laposa & Alden, 2008; Lundell et al., 2017; Stuber et al., 2006; Weisberg et al., 2011; Schweizer et al., 2017; Zvielli et al., 2012). Mais ainda, as perturbações referidas relacionam-se com a ansiedade associando-se, portanto, com um elevado Neuroticismo, o que vai ao encontro de uma das hipóteses inicialmente formuladas.

De seguida tecem-se algumas considerações relativamente às limitações presentes nesta dissertação.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como é o facto de integrar uma amostra de conveniência, o que poderá levar a que se verifique uma homogeneidade ao nível dos participantes, nomeadamente a escolaridade, pois 47.9% dos indivíduos que compõem a amostra possuem um grau de “licenciatura ou mais”. Uma vez que as variáveis sociodemográficas não foram controladas em termos de metodologia estatística, na análise de regressão linear, poderão ter, de algum modo, influenciado os dados da análise. O facto de terem sido utilizados instrumentos de autorrelato, constitui outra limitação, devido às questões da desejabilidade social. O recurso ao NEO-FFI compõe outra limitação, uma vez que apenas permite uma visão geral dos traços de personalidade. Dado que se trata de uma versão reduzida, o acesso às facetas, que constituem cada uma das dimensões, não é possível, impedindo uma análise mais detalhada e aprofundada das variações dos traços, que seria especialmente útil para compreender as diferenças entre sexos.

Os resultados desta investigação podem ser um ponto de partida para futuros estudos sobre o Trauma Complexo, pois este conceito encontra-se ainda muito pouco

explorado pela literatura, especialmente em relação às diferenças de sexo e aos Traços de Personalidade.

Deste modo, recorrendo ao método utilizado neste estudo, seria interessante comparar os resultados obtidos entre uma amostra da população geral e uma amostra clínica, uma vez que nos permitiria uma melhor identificação e compreensão dos modelos preditores do Trauma Complexo.

Futuras investigações podem ainda, com base no método deste estudo, recorrer a uma população clínica e substituir a versão reduzida (NEO-FFI) pela versão mais extensa (NEO-PI-R) do Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade, de modo a obter uma melhor compreensão das diferenças entre sexos, uma vez que permite uma leitura das facetas de cada traço de personalidade, possibilitando uma análise mais rigorosa.

Seria ainda muito pertinente a realização de um estudo longitudinal que permitisse compreender a plasticidade dos traços no Trauma Complexo. O que se pretende é verificar as variações dos traços de personalidade antes e depois dos acontecimentos traumáticos, que teriam de ser medidos com o NEO-PI-R, para que a análise possa ser mais detalhada. Assim, este estudo, para além do interesse académico relacionado com o aprofundar de conhecimentos empíricos relativos a estas temáticas, permitiria ainda atuar ao nível da prevenção em populações de risco, uma vez que seriam identificados fatores de vulnerabilidade ao nível da personalidade.

Conclusão

O Trauma Complexo constitui uma temática indispensável para compreender os acontecimentos traumáticos que surgem em fases muito precoces da vida do indivíduo, que se vão perpetuando e marcam todo o seu ciclo de vida. Nesta sequência, torna-se essencial considerar e compreender as capacidades individuais que cada pessoa poderá possuir como forma de lidar com o *distress* psicológico daí resultante.

É neste sentido que a presente dissertação se apresenta como um passo em frente na conceptualização do Trauma Complexo, que carece ainda de investigação, e contribui com evidências em relação ao indicador sociodemográfico “sexo” e aos Traços de Personalidade.

Não se verificaram diferenças entre sexos, relativamente ao Trauma Complexo, o que confere alguma controvérsia em relação à literatura vigente, uma vez que esta tende a focar-se no diagnóstico de PTSD. O que se verifica é que tanto homens como mulheres

são igualmente afetados pelo Trauma Complexo, o que constitui um aspeto inovador para a investigação deste tema.

O Neuroticismo elevado apresenta-se como um marcador de Trauma Complexo, assim como a elevada Abertura à Experiência, a baixa Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade. Estes traços são congruentes no sentido de base da psicopatologia e, portanto, contrários ao que seria expectável para o desenvolvimento normativo em ambos os sexos.

Os perfis explicativos do Trauma Complexo apresentam uma configuração de traços de personalidade diferente para cada domínio, pois o SIDES-SR não possui um valor total. Contudo, o facto de os traços explicativos para cada modelo serem diferentes entre sexos, para a grande maioria dos domínios significa que, homens e mulheres, recorrem a traços diferentes para lidar com situações de forte *distress* psicológico.

Na sua generalidade, as mulheres tendem a apresentar configurações de traços que se associam a uma maior propensão de psicopatologia associada à internalização, enquanto que os homens parecem apresentar uma tendência para o desenvolvimento de psicopatologia externalizada. O domínio que constitui uma exceção é o da “Relação com os outros”, em que se verifica exatamente o contrário, pelo que poderá ser explicativo da prevalência do tipo de trauma associado a cada um dos sexos.

Assim, esta dissertação apresenta-se como o primeiro estudo realizado com uma amostra de população geral de adultos, que não só investiga as diferenças entre sexos relativamente ao Trauma Complexo, como também se debruça sobre as suas respetivas vulnerabilidades ao nível dos Traços de Personalidade. A investigação desta temática é de extrema importância, uma vez que permite aos Psicólogos Clínicos identificar predisposições ambientais, familiares e idiossincráticas, em populações de risco, favorecendo uma intervenção precoce.

Referências Bibliográficas

- Allen, B., & Lauterbach, D. (2007). Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 587-595. doi: 10.1002/jts.20195
- Alqaisy, L. M., & Thawabieh, A. M. (2016). Personal traits and their relationship with future anxiety and achievement. *Journal of Psychology and Behavioral Science, 4*(2), 122-130. doi: 10.15640/jpbs.v4n2a11
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association [APA] (2010). *Dicionário de psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. (E. Pestana, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2002)
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: an exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment, 8*(2), 334-349. doi: 10.1177/1077559503257106
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science, 2*(3), 344-365. doi: 10.1177/2167702613505532
- Barros, A., & Ferreira Marques, J. (1999). Os valores e os “cinco fatores” de personalidade. *Revista Portuguesa de Psicologia, 34*, 29-54.
- Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(2), 111-122. doi: 10.1037/h0099383
- Beier, M. E., & Ackerman, P. L. (2003). Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 439-448. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.439

- Bienvu, O. J., Brown, C., Samuels, J. F., Liang, K. L., Costa, P. T., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2001). Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, *102*(1), 73-85. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00228-1
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 890-920. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.890
- Bonano, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *47*(10), 923-929. doi: 10.1177/070674370204701003
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, D. J. (2000). Meta-analysis of risk for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-766. doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). Violence against women outcome complexity and implications of assessment and treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, *19*(11), 1252-1276. doi: 10.1177/0886260504269682
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(2), 223-226. doi: 10.1002/jts.20317
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, *38*, 515-527. doi: 10.1016/j.psc.2015.05.004
- Briere, J., Scott, C., & Westhers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2295-2301. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2295
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(5), 401-412. doi: 10.1002/jts.20048

- Bui, E., Tremblay, L., Brunet, A., Rodgers, R., Jehel, L., Véry, E., Schmitt, L., Vautier, S., & Birmes, P. (2010). Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: A structural equation modeling study. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 759-766. doi: 10.1002/jts.20592
- Camargo, J., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Brazilian version of the structured interview for disorders of extreme stress – revised (SIDES-R): Adaptation and validation process. *Trends Psychiatry Psychotherapy, 35*(4), 292-298. doi: 10.1590/2237-6089-2013-0027
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy, 44*(4), 585-599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- Caska, C. M., & Renshaw, K. D. (2013). Personality traits as moderators of the associations between deployment experiences and PTSD symptoms in OEF/OIF service members. *Anxiety, Stress, & Coping, 26*(1), 36-51. doi: 10.1080/10615806.2011.638053
- Ceobanu, M. C., & Mairean, C. (2015). The relationship between personality traits, social support and traumatic stress. *Revista de Cercetare si Interventie Socială, 48*, 17-31. doi: 2031098
- Chamorro-Premuzic, T. (2015). *Personality and individual differences*. UK: Wiley.
- Chapman, B. P., Duberstein, P. R., Sörensen, S., & Lyness, J. M. (2007). Gender differences in five factor model personality traits in an elderly cohort. *Personality and Individual Differences, 43*(6), 1594-1603. doi: 10.1016/j.paid.2007.04.028
- Chowdhury, N., Kevorkian, S., Hawn, S. E., Amstadter, A. B., Dick, D., Kendler, K. S., & Berenz, E. C. (2018). Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. *Personality and Individual Differences, 120*, 166-170. doi: 10.1016/j.paid.2017.08.041
- Clark, A. A., & Owens, G. P. (2012). Attachment, personality characteristics, and posttraumatic stress disorder in U.S. veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress, 25*(6), 657-664. doi: 10.1002/jts.21760
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NY: Routledge.

- Coimbra de Matos, A. (2012). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Constans, J. I., Vasterling, J. J., Deitch, E., Han, X., Tharp, A. L. T., Davis, T. D., & Sullivan, G. (2012). Pre-Katrina mental illness, postdisaster negative cognitions, and PTSD symptoms in male veterans following hurricane Katrina. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 568-577. doi: 10.1037/a0027487
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kang, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & KolK, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 21-50. doi: 10.1207/s15327752jpa6401_2
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-331. doi: 10.1037//0022-3514.81.2.322
- Courtois, C. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Practice, and Policy*, 5(1), 86-100. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.86
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- De La Rosa, C., Delaney, E. M., Webb-Murphy, J. A., & Johnston, S. L. (2015). Interactive effects of stress and individual differences on alcohol use and posttraumatic stress disorder among personnel deployed to Guantanamo bay. *Addictive Behaviors*, 50, 128-134. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.06.016

- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: A re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Ditlevsen and Elklit Annals of General Psychiatry, 11*(26), 1-6. doi: 10.1186/1744-859X-11-26
- Ducharme, E. (2017). Best practices in working with complex trauma and dissociative identity disorder. *Practice Innovations, 2*(3), 150-161. doi: 10.1037/pri0000050
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., & Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review, 29*(1), 87-100. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.002
- Engel, C. C. (2004). Somatization and multiple idiopathic physical symptoms: Relationship to traumatic events and posttraumatic stress disorder. In P.P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 191-215). Washington, DC: American Psychological Association.
- Engelhard, I. M., Huijding, J., van den Hout, M., & Jong, P. J. (2007). Vulnerability associations and symptoms of post-traumatic stress disorder in soldiers deployed to Iraq. *Behavior Research and Therapy, 45*(10), 2317-2325. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.005
- Ercan, H. (2017). The relationship between resilience and the big five personality traits in emerging adulthood. *Eurasian Journal of Educational Research, 70*, 83-103. doi: 10.14689/ejer.2017.70.5
- Essar, N., Ben-Ezra, M., Langer, S., & Palgi, Y. (2008). Gender differences in response to war stress in hospital personnel: Does profession matter? A preliminary study. *European Journal of Psychiatry, 22*(2), 77-83. doi: 10.4321/s0213-61632008000200003
- Fauerbach, J., Lawrence, J. W., Schmidt, C. W., Munster, A. M., & Costa, P. T. (2000). Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(8), 510-517. doi: 10.1097/00005053-200008000-00006

- Fernández, M. L., & Castro, Y. R. (2004). Sex differences on the five personality factors in Spanish students. *Psychological Reports, 95*(1), 101-106. doi: 10.2466/PRO.95.5.101-106
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, L. (2009). Violence, abuse and crime exposure in a National Sample of Children and youth. *Pediatrics, 124*(5), 1411-1423. doi: 10.1542/peds.2009-0467
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following warzone military trauma: Associated features of post-traumatic stress disorder (PTSD) or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 3-12. doi: 10.1037/0022-006X.67.1.3
- Ford, J. D., Grasso, D., Greene, C., Levine, J., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2013). Clinical significance of proposed developmental trauma disorder diagnosis. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(8), 841-849. doi: 10.4088/JCP.12m08030
- Ford, J., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(11), 1399-1416. doi: 10.1177/0886260506292992
- Frankl, V. E. (2017). *O homem em busca de um sentido* (F. J. Gonçalves, Trad.). Lisboa: Lua de Papel. (Obra original publicada em 1949)
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14*(1), 29-42. doi: 10.1002/mpr.15
- Garland, C. (2002). Thinking about trauma. In C. Garland (Eds.), *Understanding Trauma: A psychoanalytical approach* (pp. 9-31). London: Karnac.
- Gehrke, A., & Violanti, J. M. (2006). Gender differences and posttraumatic stress disorder: The role of trauma type and frequency of exposure. *Traumatology, 12*(3), 229-235. doi: 10.1177/1534765606294992

- Gil, S. (2015). Personality and trauma-related risk factors for traumatic exposure and posttraumatic stress symptoms (PTSS): A three-year prospective study. *Personality and Individual Differences*, 83, 1-5. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.034
- Gonzalez-Mulé, E., DeGeest, D. S., Kiersch, C. E., & Mount, M. K. (2013). Gender differences in personality predictors of counterproductive behavior. *Journal of Managerial Psychology*, 28(4), 333-353. doi: 10.1108/JMP-12-2012-0397
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objeto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Guo, W., Xue, J., Shao, D., Long, Z., & Cao, F. (2015). Effect of trauma interplay between trauma severity and trait neuroticism on posttraumatic stress disorder symptoms among adolescents exposed to a pipeline explosion. *Plos one*, 10(3), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0120493
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., John, U., & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256(5), 299-306. doi: 10.1007/s00406-006-0654-6
- Hengartner, M. P., van der Linden, D., Bohleber, L., & von Wyl, A. (2017). Big five personality traits and the general factor of personality as moderators of stress and coping reactions following an emergency alarm on a swiss university campus. *Stress and Health*, 33(1), 35-44. doi: 10.1002/smi.2671
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Howard, J. (2016). Rethinking traditional behavior management to better support complex trauma-surviving students. *International Journal on School Disaffection*, 12(2), 25-44. doi: 10.18546/IJSD.12.2.02

- Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal Danubina*, 24(3), 256-266. doi: 82859048
- Jang, K. L., Stein, M. B., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Livesley, W. J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: A etiological relationships with personality function. *Psychiatry Research*, 120, 61-69. doi: 10.1016/S0165-1781(03)00172-0
- Jeronimus, B., Riese, H., Sanderman, R., & Ormel, J. (2014). Mutual reinforcement between neuroticism and life experiences: A five-wave, 16 year study to test reciprocal causation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(4), 751-764. doi: 10.1037/a0037009
- Jerotić, S., & Bojović, N. M. (2016). Sex differences in the trauma-related symptoms: A pilot study. *Medicinski podmladak Medical Youth*, 67(3), 68-73. doi: 10.5937/mp67-12661
- Johannesson, K. B., Arinell, H., & Arnberg, F. K. (2015). Six years after the wave. Trajectories of posttraumatic stress following a natural disaster. *Journal of Anxiety Disorders*, 36, 15-24. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.07.007
- Jourdy, R., & Petot, J. (2017). Relationships between personality traits and depression in the light of the “big five” and their different facets. *L'évolution psychiatrique*, 82(4), 27-37. doi: 10.1016/j.evopsy.2017.08.002
- Keane, C. A., Magee, C. A., & Kelly, P. J. (2016). Is the complex trauma experience typology for Australians experiencing extreme social disadvantage and low housing stability? *Child Abuse & Neglect*, 61, 43-54. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.10.001
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and

- PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. doi: 10.1002/jts.21848
- Kline, P. (1996). *An easy guide to factor analysis*. London & New York: Routledge.
- Kok, L., Sep., M. S., Veldhuijzen, D. S., Cornelisse, S., Nierich, A. P., van der Maaten, J., Rosseel, P. M., Holfand, J., Dieleman, J. M., Vinkers, C. H., Joëls, M., van Dijk, D., & Hillegers, M. H. (2016). Trait anxiety mediates the effect of stress exposure on post-traumatic stress disorder and depression risk in cardiac surgery patients. *Journal of Affective Disorders*, 206, 216-223. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.020
- Körner, A., Czajkowska, Z., Albani, C., Drapeau, M., Geyer, M., & Braehler, E. (2015). Efficient and valid assessment of personality traits: Population norms of a brief version of the NEO five-factor inventory (NEO-FFI). *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 17(1), 21-32. doi: 10.12740/APP/36086
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance abuse disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. doi: 10.1037/a0020327
- Krammer, S., Kleim, B., Simmen-Janevska, K., & Maercker, A. (2016). Childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder symptoms in older adults: A study of direct effects and social-interpersonal factors as potential mediators. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(5), 593-607. doi: 10.1080/15299732.2014.991861
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 233-261. doi: 10.1521/pedi.2005.19.3.233
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2008). The effect of pre-existing vulnerability factors on a laboratory analogue trauma experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 424-435. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.11.002
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygard, J. F., & Sorgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: Trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11-19. doi: 10.1007/s00127-016-1295-3

- Lauterbach, D., & Vrana, S. (2001). The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 29-45. doi: 10.1023/A:1007831430706
- Lawson, D. M. (2017). Treating adults with complex trauma: An evidence-based case study. *Journal of Counseling & Development, 95*(3), 288-298. doi: 10.1002/jcad.12143
- Leikas, S., & Salmela-Aro, K. (2015). Personality trait changes among young Finns: The role of life events and transition's. *Journal of Personality, 83*(1), 117-126. doi: 10.1111/jopy.12088
- Lengel, G. J., Helle, A. C., DeShong, H. L., Meyer, N. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2016). Translational applications of personality science for the conceptualization and treatment of psychopathology. *Clinical Psychology Science and Practice, 23*(3), 288-308. doi: 10.1111/cpsp.12166
- Lima, M. P., & Simões A. (1995). Inventário de personalidade NEO PI-R. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 133-149). Braga: APPORT.
- Lima, M. P., & Simões, A. (1997). O inventário da personalidade NEO-PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psychologica, 18*, 25-46.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de personalidade NEO revisto. Manual Profissional*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2003). Inventário de personalidade NEO revisto (NEO-PI-R). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 15-32). Coimbra: Quarteto.
- Longley, S. L., Miller, S. A., Broman-Fulks, J., Calamari, J. E., Holm-Denoma, J. M., & Meyers, K. (2017). Taxometric analyses of higher-order personality domains. *Personality and Individual Differences, 108*, 207-219. doi: 10.1016/j.paid.2016.12.018
- Lundell, I. W., Poromaa, I. S., Ekselius, L., Georgsson, S., Frans, O., Helström, L., Högberg, U., Svanberg, A. S. (2017). Neuroticism-related personality traits are

associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multi-center cohort study. *BMC Women's Health*, 17, 1-12. doi: 10.1186/s12905-017-0417-8

Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, C., & van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part two: Treatment. *Directions in Psychiatry*, 21, 395-414.

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

Madamet, A., Portard, C., Huart, I., El-Hage, W., & Courtois, R. (2018). Relationship between the big five personality traits and PTSD among French police officers. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 83-89. doi: 10.1016/j.ejtd.2017.11.001

Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(4), 642-657. doi: 10.1590/1678-7153.201427405

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046-1053. doi: 10.1037/0022-3514.65.5.1046

Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber

Martins, C. G., Cromer, L. D., DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 110-118. doi: 10.1037/a0025686

McCormack, L., & Thomson, S. (2017). Complex trauma in childhood, a psychiatric diagnosis in adulthood: Making meaning of a double-edged phenomenon. *Psychological Trauma: Theory, Research, and Policy*, 9(2), 156-165. doi: 10.1037/tra0000193

- McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. A., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R., & Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(1), 173-186. doi: 10.1037/0022-3514.78.1.173
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 155-151). New York: Guilford.
- McKeever, V. M., & Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, *7*(3), 237-250. doi: 10.1037/1089-2680.7.3.237
- Mijolla, A. (2005). *International dictionary of psychoanalysis*. USA: Thomson Gale.
- Milchman, M. S. (2016). Forensic implications of changes in DSM-5 criteria for responses to trauma and stress. *International Journal of Law and Psychiatry*, *49*, 163-182. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.10.004
- Miller, M. W., & Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy*, *38*(1), 58-71. doi: 10.1016/j.beth.2006.04.003
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *16*(3), 198-214. doi: 10.1080/14779757.2017.1330704
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., ... Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(3), 493-499. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.493
- Nemčić-Moro, I., Frančišković, T., Britvić, D., Klarić, M., & Zečević, I. (2011). Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorders: Case-control study. *Croatian Medical Journal*, *52*(4), 505-5012. doi: 10.3325/cmj.2011.52.505

- Noronha, A. P., Martins, D. F., Campos, R. R., & Mansão, C. S. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia, 20*(2), 92-101. doi: 10.5935/1678-4669.20150011
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., & Perilla, J. L. (2004). Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 283-292. doi: 10.1023/B:JOTS.0000038476.87634.9b
- Norris, F. N., Perilla, J. L., Ibañez, G. E., & Murphy, A. D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 7-28. doi: 10.1023/A:1007851413867
- Nunes, C. H., & Hutz, C. S. (2007). Construção e validação da escala fatorial de socialização no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(1), 20-25. doi: 10.1590/S0102-79722007000100004
- Olge, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health, 18*(3), 316-325. doi: 10.1080/13607863.2013.832730
- Ormel, J., & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situations change influence psychological distress: A longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(5), 744-755. doi: 10.1037/0022-3514.60.5.744
- Pai, M., & Carr, D. (2010). Do personality traits moderate the effect of late-life spousal loss on psychological distress? *Journal of Health and Social Behavior, 51*(2), 183-199. doi: 10.1177/0022146510368933
- Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences, 7*(7), 1-7. doi: 10.3390/bs7010007
- Paris, J. P. (2000). Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 8*(4), 175-183. doi: 10.1093/hrp/8.4.175
- Park, C. L., & Gutierrez, I. A. (2013). Global and situational meanings in the context of trauma: Relations with psychological well-being. *Counselling Psychology Quarterly, 26*(1), 8-25. doi: 10.1080/09515070.2012.727547

- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzales, A., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caraterização em função da idade, género e escolaridade. *Associação Portuguesa de Psicologia*, 28(2), 1-10. doi: 2015-10049-001
- Plopa, M., Plopa, W., & Skuzińska (2016). Bullying at work, personality and subjective well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(1), 19-27. doi: 10.1037/a0040320
- Prada, M., & Garrido, M. V. (2013). Conhecer as regras do jogo: Uma introdução às normas pela escrita científica da American Psychological Association. *Psicologia*, 27(2), 107-143. doi: 94346654
- Raubolt, R. (2014). *Cenários psicanalíticos de trauma*. (J. P Dias, & C. Rodrigues, Trad.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Reis, A. M., & Carvalho, L. F. (2016). Traços patológicos da personalidade como preditores do transtorno de estresse pós-traumático – TEPT. *Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 85-92. doi: 10.24879/201600100020063
- Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(4), 591-614. doi: 10.1037/a0013165
- Sarubin, N., Wolf, M., Giegling, I., Hilbert, S., Naumann, F., Gutt, D., Jobst, A., Sabaß, L., Falkai, P., Rujescu, D., Böhner, M., & Padberg, F. (2015). Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Personality and Individual Differences*, 82, 193-198. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.028
- Schnurr, P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 85-95. doi: 10.1023/B:JOTS.0000022614.21794.f4

- Schweizer, T., Schmitz, J., Plempe, L., Sun, D., Becker-Asano, C., Leonhart, R., & Tuschen-Caffier, B. (2017). The impact of pre-existing anxiety on affective and cognitive processing of a Virtual Reality analogue trauma. *Plos One*, *12*(12), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0190360
- Sezgin, U., & Punamäki, R. (2012). Earthquake trauma and casual explanation association with PTSD and other psychiatric disorders among south east Anatolian women. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 432-440. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.005
- Shalev, A. Y. (1996). Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 77-114). NY: Guilford.
- Shemsedini, N. (2016). Gender differences in the experience of posttraumatic stress. *Academic Journal of Business, Administration, Law and Social Sciences*, *2*(1), 156-161. doi: 114026611
- Shiner, R. L., Allen, T. A., & Masten, A. S. (2017). Adversity in adolescence predicts personality trait change from childhood to adulthood. *Journal of Research in Personality*, *67*, 171-182. doi: 10.1016/j.jrp.2016.10.002
- Stephens, T. & Aparicio, E. M. (2017). “It’s just broken branches”: Child welfare-affected mother’s dual experiences of insecurity and striving for resilience in the aftermath of complex trauma and familial substance abuse. *Children and Youth Services Review*, *73*, 248-256. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.11.035
- Stuber, J., Resnick, H., & Galea, S. (2006). Gender disparities in posttraumatic stress disorder after mass trauma. *Gender Medicine*, *3*(1), 54-67. doi: 10.1016/S1550-8579(06)80194-4
- Sveen, J., Arnberg, F., Arinell, H., & Johannesson, K. B. (2016). The role of personality traits in trajectories of long-term posttraumatic stress and general distress six years after the tsunami in southeast Asia. *Personality and Individual Differences*, *97*, 134-139. doi: 10.1016/j.paid.2016.03.046
- Taycan, O., & Yildirim, A. (2015). An alternative approach to the effects of multiple traumas: Complex post-traumatic stress disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, *52*(3), 312-314. doi: 10.5152/npa.2015.7573

- Taylor, S., Asmundson, G. J., & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(4), 459-472. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.04.003
- Thornley, E., Vorstenbosch, V., & Frewen, P. (2016). Gender differences in perceived causal relations between trauma-related symptoms and eating disorders in online community and inpatient samples. *Traumatology, 22*(3), 222-232. doi: 10.1037/trm0000071
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.37
- Trauma Center. (2001). *Trauma Center Assessment Package* (CD).
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320-333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320
- van der Kolk, B. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. The black hole of trauma. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 182-213). NY: Guilford.
- van der Kolk, B. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. In Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington, DC: American Psychiatric.
- van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- van der Kolk, B., & McFarlane, A. C. (1996). The black hole of trauma. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress* (pp. 3-23). NY: Guilford.
- van der Hart, O., Nijemhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 1-15. doi: 10.1002/jts.20049

- van Straten, A., Cuijpers, P., van Zuuren, F. J., Smits, N., & Donker, M. (2007). Personality traits and health-related quality of life patients with mood and anxiety disorders. *Quality of Life Research, 16*(1), 1-8. doi: 10.1007/s11136-006-9124-x
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33*(1), 55-62. doi: 10.1590/S0101-81082011000100010
- Wamser-Nanney, R. (2016). Examining the complex trauma definition using children's self-reports. *Journal of Children and Adolescent Trauma, 9*(4), 295-304. doi: 10.1007/s40653-016-0098-8
- Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse and Neglect, 77*, 188-197. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.01.009
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical Support for the definition of complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 26*(6), 671-678. doi: 10.1002/jts.21857
- Wang, C. (2014). Gender differences in the effects of personality traits on voter turnout. *Electoral Studies, 34*, 167-176. doi: 10.1016/j.electstud.2013.10.005
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality, 64*(4), 737-774. doi: 10.1111/1467-6494.ep9706272186
- Watson, D., Stasik, S. M., Ellicson-Larew, S., & Stanton, K. (2015). Extraversion and psychopathology: A facet-level analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 432-446. doi: /10.1037/abn0000051
- Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across ten aspects of the Big Five. *Frontiers in Psychology, 2*(178), 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00178
- 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*(2), 137-146. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2015.1011986>

- Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*(4), 305-316. doi: 10.1037/1040-3590.1.4.305
- Yap, S. C., Anusic, I., & Lucas, R. E. (2012). Does personality moderate reactions and adaptation to major life events? Evidence from the British Household Panel Survey. *Journal of Research in Personality*, *46*(5), 477-488. doi: 10.1016/j.jrp.2012.05.005
- Young, L., & Gibb, E. (2002). Trauma and grievance. In C. Garland (Eds.), *Understanding Trauma: A psychoanalytical approach* (pp. 9-31). London: Karnac.
- Young, M., Koortzen, P., & Oosthuizen, R. M. (2012). Exploring the meaning of trauma in the South African police service: A systems psychodynamic perspective. *Journal of Industrial Psychology*, *38*(2), 1-11. doi: 10.4102/sajip.v38i2.1004
- Young, E., & Korszun, A. (2010). Sex, trauma, stress hormones and depression. *Molecular Psychiatry*, *15*(1), 23-28. doi: 10.1038/mp.2009.94
- Zeb, N., Naqvi, I., & Zonash, R. (2013). Big-five personality traits and ego-resilience in amputee soldiers. *Journal of Behavioral Sciences*, *23*(2), 102-116. doi: 10.1007/s12242-013-0007-0
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, *7*(1), 19-31. doi: 10.1300/J229v07n01_03
- Zvielli, A., Bernstein, A., & Berenz, C. (2012). Exploration of a factor mixture-based taxonomic-dimensional model of anxiety sensitivity and transdiagnostic psychopathology vulnerability among trauma-exposed adults. *Cognitive Behavior Therapy*, *41*(1), 63-78. doi: 10.1080/16506073.2011.632436

Anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Data de aplicação:

Número de ordem:

Questionário Sociodemográfico

De forma a podermos caracterizar globalmente os participantes no estudo pedimos que responda às questões que a seguir se apresentam.

1. **Sexo:**

2. **Idade:** ___ anos

3. **Nacionalidade:** Portuguesa Outra Qual? _____

4. **Residência habitual:** Urbana Rural

5. **Indique o nível de ensino mais elevado que concluiu:**

< 4º ano 6º ano 12º ano (antigo 7º ano)

4º ano 9º ano Licenciatura ou mais

6. **Situação Laboral:**

Empregado(a) Desempregado(a) Reformado(a) Dona de casa Estudante

7. **Qual é a sua profissão principal (ou antiga profissão se reformado ou desempregado)?**

(Indique com precisão o nome da profissão, por exemplo, em vez de engenheiro, empregado têxtil, professor, seja mais preciso e indique: engenheiro agrónomo, preparador de fibras têxteis, professor do ensino básico do 2º ciclo, etc.)

8. **Situação económica:**

Muito satisfatória Satisfatória Pouco satisfatória Nada satisfatória

9. **Estado Civil:**

Solteiro(a) Casado(a) ou vivendo como tal Viúvo(a) Divorciado(a) ou separado(a)

10. **Agregado familiar atual:**

Vive só Vive com o cônjuge e terceiros Vive com os pais

Vive com o cônjuge Vive com terceiros Outro

Qual? _____

11. **Tem filhos?** Não Sim Quantos? _____

12. Relações Familiares e de Amizade

a) Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve o grau do contato?

Muito frequente Freqüente Ocasional Inexistente

b) Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve a qualidade do contato?

Muito satisfatórias Satisfatórias Pouco satisfatórias Nada satisfatórias

c) Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve o grau do contato?

Muito frequente Freqüente Ocasional Inexistente

d) Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve a qualidade do contato?

Muito satisfatórias Satisfatórias Pouco satisfatórias Nada satisfatórias

13. Crenças e práticas religiosas:

Católico(a) praticante Outra Religião Qual? _____

Católico(a) não praticante Sem Religião

14. Tem atualmente alguma doença do foro físico ou psicológico? Sim Não

Se respondeu **Sim** indique, por favor, qual a doença e o ano (aproximado) em que lhe foi diagnosticada:

15. Como avalia o seu estado de saúde?

Muito mau Mau Nem mau nem bom Bom Muito bom

16. Já vivenciou uma situação ou acontecimento de vida traumático? Sim Não

a) **Se Sim**, quantas situações ou acontecimentos traumáticos vivenciou na sua vida?

b) **Se Sim**, há quanto tempo atrás?

c) **Se Sim**, descreva brevemente a(s) situação(ões) ou acontecimento(s) de vida traumáticos que experienciou?

Obrigado(a) pela sua colaboração

Anexo B – Consentimento Informado



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Consentimento Informado

O meu nome é Vanessa Martins Santos e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Joana Henriques Calado.

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

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

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

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

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

Muito Obrigada pela sua colaboração.

_____ de _____ de 2017

.....
(assinatura)