



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
2º CICLO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMA COMPLEXO
SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E
VARIÁVEIS DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**

Dissertação apresentada a provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em 30/09/2024
orientada por Professor Doutor Vítor Bruno Faustino Almeida

Carina Emídio Correia

2024

www.ulusofona.pt

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
2º CICLO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

RELAÇÃO ENTRE TRAUMA COMPLEXO
SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E
VARIÁVEIS DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade
Lusófona, Centro Universitário de Lisboa grau de Mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde, no dia 18/02

2025, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação
n.º 1088 / 2024 de 2 de dezembro de 2024 com a seguinte
composição:

Presidente: Prof.a Doutora Isabel Olimpia Figueiredo
dos Santos

Arguente: Prof. Doutora Sara Albuquerque

Orientador: Prof. Doutor Vítor Bruno Faustino Almeida

Dedicatória

Para mim.

Exige muito de ti e espera pouco dos outros. Assim, evitarás muitos aborrecimentos.

Confúcio in “Os Anacletos”

Agradecimentos

Um estudo com vista a uma dissertação de mestrado, não é fácil, e tem muitas questões ao longo do percurso, no entanto, é algo que nos faz crescer, emocional e intelectualmente. Um percurso tortuoso, com muitas questões existenciais: Serei capaz? Estou a fazer o correto? Vale a pena? Questões estas, que só nesta etapa final foram respondidas: Vale sempre a pena! E que orgulho tenho em mim quando vejo finalizada mais uma etapa da minha vida! Claro que não fiz tudo sozinha, havendo por detrás de todo este percurso, uma rede de suporte emocional, muitas vezes silenciosa e outras menos.

Desta rede fazem parte pessoais muito especiais: Os meus filhos Miguel, Tiago e Rodrigo, sempre presentes, e compreensivos com a minha ausência, porque neste percurso todo o tempo de dedicação é essencial. Sem essa compreensão, dificilmente teria conseguido a concretização e realização pessoal desta etapa.

Os meus pais, enquanto exemplo de vida no que toca a superação, coragem e determinação, para conseguirem alcançar os seus objetivos. Muitas vezes foquei-me na minha mãe, que foi e será sempre uma mulher coragem.

A minha titi Elisabete, a minha segunda mãe que está sempre comigo, no coração.

O meu irmão de coração, Mário, que está sempre comigo e está sempre para mim.

O meu padrinho Jorge Silva, pela pessoa maravilhosa, criativa e integra que é, e de quem eu me orgulho muito de ser afilhada.

A minha irmã, Marlene, que era tão frágil em criança e se tornou uma adulta tão forte, que me deu os meus sobrinhos Guilherme e Mariana, que me amam e dizem: “titi Carine, tu consegues!”, e que se fossem meus filhos não eram tão parecidos comigo.

A Ana que se oferecia para me ajudar e me dizia que ia a minha casa bater-me se não parasse com os pensamentos negativos.

- As Cátias da minha vida (Frutuoso e Sampaio), que à sua maneira estão sempre presentes, uma vez que somos ligadas por um fio invisível.

- Aos meus avós, Júlia e António que embora ausentes fisicamente, sempre se orgulharam de mim e que continuam a dar-me toda a força e motivação, que preciso para continuar.

Uma dissertação é um caminho longo e muitas vezes solitário e, arrisco a dizer, que sem suporte torna-se fácil perder o foco.

A todos vocês ... o meu MUITO OBRIGADA!

Resumo

O efeito do Trauma Complexo (TC), esta intrinsecamente ligado à personalidade do indivíduo, é algo estrutural, diferenciando-se de outro tipo de trauma, sendo este muito mais incisivo, alterando-lhe a sua estrutura interna (Herman, 1992a). Sendo o seu estudo relevante, pois este tipo de trauma difere de todos os outros. Este estudo correlacional transversal foi desenvolvido tendo como objetivo, analisar a relação entre TC, Sintomatologia Psicopatológica e Variáveis de Decisão Clínica, numa amostra clínica de 29 participantes, falantes de português europeu, com idades compreendidas entre 18 e 70 anos, e foi recolhida exclusivamente *online*, por meio dos seguintes instrumentos de medida: Questionário Trauma Complexo (COMPLEX TC); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI); Inventário de Saúde Mental versão reduzida (MHI-5) e o Questionário Tomada de Decisão Clínica (CDMI) versão portuguesa. Verificou-se que indivíduos que relatam vivenciar a experiência traumática (TC_EXP.) tendem a ter níveis mais elevados de Distress Emocional e baixo níveis de Bem-Estar. Ao vivenciar as experiências traumáticas (TC_EXP.), o índice de sintomas psicopatológicos aumenta. No entanto, não existem resultados estatisticamente significativos quando fazemos a correlação entre TC_EXP. e as variáveis de tomada de decisão clínica.

Palavras-chave: Trauma Complexo; Sintomatologia Psicopatológica; Variáveis de Tomada de Decisão Clínica

Abstract

The effect of Complex Trauma (CT) is intrinsically linked to the individual's personality, it is structural and differs from other types of trauma, which are much more incisive, altering their internal structure (Herman, 1992a). Its study is relevant because this type of trauma differs from all the others. This cross-sectional correlational study was carried out with the aim of analyzing the relationship between CT, Psychopathological Symptomatology and Clinical Decision Variables, in a clinical sample of 29 participants, European Portuguese speakers, aged between 18 and 70, and was collected exclusively online, using the following measurement instruments: Complex Trauma Questionnaire (COMPLEX CT); Psychopathological Symptom Inventory (BSI); Mental Health Inventory reduced version (MHI-5) and the Clinical Decision Making Questionnaire (CDMI) Portuguese version. It was found that individuals who reported experiencing the traumatic experience (TC_EXP.) tended to have higher levels of Emotional Distress and lower levels of Well-Being. When experiencing traumatic experiences (TC_EXP.), the rate of psychopathological symptoms increases. However, there are no statistically significant results when we correlate TC_EXP. with clinical decision-making variables

Keywords: Complex Trauma; Psychopathological Symptomatology; Clinical Decision-Making Variables

Lista de siglas e acrónimos

% – Percentagem

α – Coeficiente Alfa de *Cronbach*

APA – *American Psychiatric Association*

DP – Desvio Padrão

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*

e.g. – Por exemplo

et al. – entre outros

i.e. – id est

M – Média

N – Tamanho da amostra

Ω - *Omega de MacDonald*

COMPLEX TQ – The Complex Trauma Questionnaire

MHI-5 – Inventário de Saúde Mental (versão reduzida)

BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CDMI- Clinical Decision-Making Inventory (tomada de decisão clínica)

DP-Desvio Padrão

TC-EXP- Experiência de Trauma Complexo

PTSD- Perturbação de Stress Pós-traumático

TCC- Terapia Cognitiva Comportamental

PTSDC – Perturbação de Stress Pós-Traumático Complex

TC- Trauma Complexo

CID-11- Classificação Internacional de Doenças

Índice Geral

	Página
Introdução	10
Método	
Amostra	16
Instrumentos	17
Questionário Sociodemográfico	17
BSI- Inventario de Sintomas Psicopatológicos	17
MHI-5 Inventario de Saúde Mental	18
Versão Portuguesa do Questionário de Trauma Complexo	19
Versão Portuguesa do Questionário de Tomada de Decisão Clínica	19
Procedimento	19
Preparação de dados e estatística	20
Resultados	21
Estatística descritivas da amostra total e por género	21
Análise correlacional	22
Discussão	24
Limitações e estudos futuros	27
Implicações para a psicologia clínica	27
Conclusão	28
Bibliografia	30
Anexos	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	15
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total e por Género	20
Tabela 3- Coeficientes de Correlação de Spearman entre o TC_EXP, Distress e Bem-estar	21
Tabela 4- Coeficientes de Correlação de Spearman TC_EXP e tomada de decisão clínica (CDMI)	21
Tabela 5- Coeficientes de Correlação de Spearman entre o Índice Geral de Sintomas (BSI) e as variáveis de tomada de decisão clínica (CDMI)	22
Tabela 6- Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis de tomada de decisão clínica (CDMI) o Distress e Bem-estar (MHI-5)	22

Introdução

Experiências de eventos dolorosos são vivenciados por todos nós durante a vida, no entanto essas experiências não implicam necessariamente o desenvolvimento de traumas (Bonanno, 2005; Bonanno et al., 2006; Mancini & Bonanno, 2006).

O trauma é descrito como um evento no qual uma pessoa, presencia ou passa por uma situação, que representa uma ameaça à sua vida ou à sua segurança física, causando medo, terror ou sensação de impotência, refere-se a uma experiência emocional e psíquica resultante de eventos que ameaçam a integridade física ou psicológica do indivíduo, e essa experiência pode gerar reações intensas, tendo impacto na saúde mental e no bem-estar da pessoa podendo afetar a forma como a pessoa percebe o mundo e como se relaciona com os outros (Dalenberg, 2017; Kolk, van der, 2014; APA, 2013; Levine, 2010; Herman, 1992a).

O desenvolvimento de trauma tem a ver com a percepção subjetiva que cada indivíduo tem do evento, e não o evento em si, está diretamente ligado às estratégias individuais de resignificação da situação, ou seja, se o sujeito interpreta esta vivência como sendo emocionalmente dolorosa e perturbadora, e é o impacto psicológico e emocional significativo que o leva ao trauma (Ford et al, 2005; Torres Bernal & Mille, 2011).

No entanto, existem situações em que não ocorre apenas um evento traumático, mas sim vários, os sobreviventes de um trauma tendem a experimentar mais do que um tipo de situação traumática, que se desenrola de forma contínua, e não isolada, (Herman, 1992b; Felitti, et al, 1998; Lanius, Vermetten, & Pain, 2010; Kolk Van der, 2014) a presença de múltiplos traumas pode resultar numa variedade de sintomas, devido ao efeito cumulativo dessas exposições (Martins, 2013; Briere & Jordan, 2004; Briere, Kaltman & Green, 2008; Ford, et al, 2006; Olge, Rubin & Siegler, 2014; Viola, et al, 2011). podendo até afetar as gerações futuras (Zerach & Ben-David, 2015).

Além disso, aumenta o risco de experimentar novos traumas, como problemas psiquiátricos, dependências e doenças crônicas (Cook et al., 2005; Finkelhor, et al 2009; McFarlane & Yehuda, 1996), bem como, de dano repetido, autoinfligido ou provocado por outros (Herman, 1992b).

Eventos traumáticos podem ser resultantes de, acidentes de trânsito ou outros, desastres naturais, experiências de abuso emocional, físico ou sexual, negligência, violência doméstica, violência na escola ou na comunidade, morte repentina de um ente querido, ou até

doenças graves (Anaut, 2005; APA, 2013; Norris, et al, 2004; Shemsedini, 2016; Wamser-Nanney&Vandenberg, 2013) ou qualquer outro evento que interrompa o funcionamento normal da pessoa e a coloque diante de um estado de desordem extrema (Garland, 2002).

Traumas podem ter um impacto significativo na saúde mental e podem estar associados a várias condições psiquiátricas, tais como perturbação de stress pós-traumático (APA,2013) perturbação de ansiedade (O'Donnell, et al., 2013), perturbação depressiva major (Nolen-Hoeksema, 2001), perturbação dissociativa (Spiegel &Classen,2000) e perturbação adaptativa (APA, 2013).

No manual Classificação Internacional de Doenças CID-11, está descrita a Perturbação de Stress Pós-Traumático Complexo-(PTSDC), como sendo a exposição prolongada e repetida a um ou vários eventos traumáticos, ameaçadores da vida em que não era possível escapar ou então, é quase impossível, perpetuados durante a infância ou adolescência, tais como abusos físicos, emocionais e verbais em relacionamentos interpessoais, relacionamentos abusivos, negligência crónica e abuso infantil, que resultam em graves danos psicológicos, incluindo dificuldades no funcionamento social, relacionamentos instáveis e disfunções emocionais, sendo caracterizado por persistentes e graves problemas de regulação de afetos, crenças sobre si próprio e dificuldades em manter vínculos emocionais estáveis, causando prejuízos significativos em várias áreas da vida do indivíduo podendo levar a uma série de sintomas físicos, emocionais e comportamentais ou seja é mais focado em traumas interpessoais complexos e prolongados, que requer intervenções terapêuticas específicas para abordar as sua complexidade e sintomas únicos (Herman 1992a, Briere, 2010; Viola et al., 2011; Ross et al., 2020).

Trauma Complexo (TC) é a condição de pessoas que apresentam sintomas resultantes de múltiplos traumas ao longo da vida, por oposição a um evento traumático único, descrito como uma condição mais complexa e duradoura do que a PTSD convencional, envolvendo várias fontes de trauma e apresentando sintomas adicionais, como dificuldades de regulação emocional e problemas de relacionamento, (Luxenberg et al 2001).

Usaremos no decorrer deste estudo a designação simplificada: Trauma Complexo, abreviado para TC.

Diversos sintomas associados ao TC, como problemas físicos, desconexão mental e flutuações emocionais, podem surgir mesmo na ausência PTSD, isso sugere que é possível

haver casos de TC sem comorbidade com PTSD, indicando que essas condições, embora frequentemente coexistam, são qualitativamente diferentes (Resick, 2012).

Questões relacionadas com a atenção/concentração e a memória são referidas como sintomas de dissociação do TC, sendo também sintomas centrais do PTSD. Verifica-se a manifestação independente do PTSD nos vários sintomas apresentados na definição de TC tais como a somatização, dissociação e desregulação afetiva (Resick, 2012). Assim, constatou-se a existência de casos de TC que não apresentavam comorbidades com o PTSD, indicando que estas condições são diferentes na sua essência, apesar de frequentemente surgirem em conjunto (Ford, 1999).

Contudo, existe discordância em relação à comorbidade, a PTSD, não está relacionada com transtornos de personalidade, somatização persistente, depressão ou sintomas dissociativos, além de que este diagnóstico não considera os efeitos do trauma no desenvolvimento (Taylor et al., 2007).

Tanto a PTSD como o TC são ambas consequências de experiências traumáticas, no entanto diferem, na natureza do trauma, sintomatologia, desenvolvimento de relações interpessoais e criação vínculos estáveis.

Ao TC são associados sintomas diversos, tais como: a) dificuldades emocionais, os indivíduos podem apresentar desregulação emocional como episódios intensos de raiva, tristeza ou ansiedade, podem também ter dificuldade em reconhecer e nomear suas emoções; b) problemas relacionais, é frequente terem dificuldades em estabelecer ou manter relacionamentos saudáveis, podendo desenvolver-se problemas de confiança e sentirem-se ameaçados em interações sociais; c) dissociação, pode haver episódios dissociativos, em que há uma desconexão do próprio corpo ou realidade, e por vezes manifesta-se numa amnésia sobre os eventos traumáticos; d) alterações na identidade como a autoimagem distorcida e confusão sobre a identidade, resultando em sentimentos de vergonha ou baixa autoestima; e) sintomas físicos, tais como dores inexplicáveis, fadiga crônica, ou outros problemas de saúde; f) comportamentos autodestrutivos como o abuso de substâncias, automutilação, ou comportamentos impulsivos e apesar de menos frequente podem surgir flashbacks e pesadelos ou seja reviver as experiências traumáticas de formas viscerais e perturbadoras (Herman, 1992b; Kolk van der, 2014; Courtois & Ford, 2009).

Judith Herman (1992b), organizou estes sintomas em três categorias principais:

1. Hiper alerta: inclui sintomas relacionados com a Hiper vigilância, ansiedade, insónia, dificuldade de concentração, irritabilidade e sensação constante de perigo.

2. Evitação e Negação: inclui sintomas como evitação de locais, pessoas ou situações que possam despertar memórias do trauma, distanciamento emocional, negação do ocorrido ou minimização da sua importância.

3. Dissociação: inclui sintomas como perda de memória, desconexão emocional, sensação de estar fora do próprio corpo, sentimentos de irrealidade ou despersonalização

Vítimas de acidentes de viação e vítimas de abusos físicos e sexuais, apresentam diferentes reações ao trauma vivenciado, os primeiros apresentam maior extroversão e abertura à experiência e os segundos, a maiores níveis de neuroticismo (Luxenberg et al., 2001; Street et al, 2005; Amado et al., 2015; Weinberg & Gil, 2015).

A exposição a eventos traumáticos ou traumatização, pode resultar na perda da estrutura psicológica prévia em adultos, afetando o desenvolvimento de uma personalidade coesa e consistente em crianças (Hart van der et al., 2005), bem como desafiar a capacidade de lidar com os seus sentimentos e bem-estar (Garland, 2002), estando relacionada a sintomatologia psicopatológica (Briere et al, 2010).

Indivíduos diagnosticados com TC podem apresentar alterações em seis principais áreas do funcionamento: desregulação dos afetos e impulsos, alteração na atenção e consciência, alteração na autopercepção, alteração nas relações com os outros, somatização e alterações nos sistemas de significado, sendo os seus sintomas variados e podem incluir flashbacks, pesadelos, evitação de situações relacionadas ao trauma, sentimentos de ansiedade e pânico, dificuldades de concentração, irritabilidade, raiva, problemas de sono, autoestima baixa, sentimentos de desamparo e isolamento social, (Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997; Kolk van der et al., 2005).

Cloitre et al. (2009) enfatizam a presença de dificuldades na regulação emocional, dificuldade de concentração, comportamentos agressivos ou evitativos.

Comparando as relações de abuso na infância, sintomas de TC e padrões de apego conclui-se que mães adolescentes que sofreram abuso na infância têm maior probabilidade de apresentar sintomas de TC, como o apego não resolvido (Bailey et al, 2007), podendo também desenvolver sentimentos de culpa relacionados com o trauma e estratégias de evitação (Street et al, 2005).

Traumas agudos e repetidos na infância, como negligência, maus-tratos e abuso sexual, têm impacto nos sistemas cerebrais que regulam as emoções, processam informações, constroem relacionamentos saudáveis e promovem interações sociais (Faustino, 2020), isto deve-se à falta de recursos para lidar com essas questões nesta fase do desenvolvimento, o que pode representar fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias na idade adulta, como perturbações do humor e perturbação de personalidade Borderline (Pearlman & Courtois, 2005; Carey et al., 2008; Viola, et al, 2011; Cloitre et al, 2002).

No que diz respeito a diferentes tipos de exposição ao trauma, o diagnóstico não consegue distinguir entre eles, isto significa que crianças que tenham sido vítimas de maus-tratos, violência doméstica ou perda de cuidadores podem apresentar vários diagnósticos, como depressão, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, transtorno de oposição, distúrbios alimentares, distúrbios do sono, transtorno de ansiedade de separação ou generalizada, fobias e transtorno de pânico. Cada um destes diagnósticos está relacionado com diferentes aspetos do trauma infantil complexo, como perda de regulação emocional e dificuldades (Friedman, & Williams, 2006; Perry, 2009; Kolk van der, 2005)

Estudos sobre TC na infância e adolescência discutem as causas, impactos e manifestações clínicas, bem como as abordagens terapêuticas eficazes, chegando à conclusão que é fundamental uma abordagem multidisciplinar e holística para as ajudar a superar o TC e promover o seu bem-estar emocional e psicológico a longo prazo. (Cook e t Al. 2005).

Independentemente das análises teóricas e conceituais em relação ao diagnóstico do TC, existe a necessidade de reconhecer a sintomatologia do TC como uma condição clínica específica, pois a prática clínica demonstra falta de resposta ou resistência ao tratamento destes casos quando há uma intervenção através de protocolos já existentes da abordagem TCC (e.g., Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia de Exposição, Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares), pois as intervenções focadas no trauma, podem ser prejudiciais para o tratamento do TC (Herman, 2020). No entanto, alguns investigadores defendem que a abordagem TCC adaptada que considere as particularidades e complexidades das experiências traumáticas é uma abordagem eficaz uma vez que o objetivo é reestruturação cognitiva, exposição gradual e o fortalecimento de habilidades de regulação emocional, adaptadas às necessidades dos pacientes, não descurando

os fatores culturais e contextuais nessa mesma abordagem, enfatizando a aliança terapêutica como crucial do tratamento (Ross et al., 2020).

A abordagem do TC na psicologia geralmente envolve uma abordagem terapêutica integrada, multidimensional que visa alcançar todas as áreas afetadas pelos eventos traumáticos e que tenha em consideração não apenas os sintomas físicos e emocionais, mas também fatores contextuais, como o histórico de traumas passados e o ambiente social do paciente, sendo crucial a colaboração entre diferentes profissionais de saúde mental, incluindo terapeutas, psiquiatras e assistentes sociais, para garantir um cuidado abrangente e eficaz, desenvolvendo estratégias de intervenção personalizadas, que levem em consideração as necessidades individuais de cada paciente (Kliethermes et al, 2014).

O que torna o trauma complexo único é sua natureza prolongada e a maneira como ele afeta o desenvolvimento psíquico do indivíduo. Ao contrário de traumas pontuais, TC ocorre em contexto de relações de poder e controle, que podem afetar a sensação de segurança e identidade do indivíduo, resultando numa diversidade de problemas que podem não ser totalmente abordados nos diagnósticos tradicionais, levando a necessidades terapêuticas específicas (Kolk van der, 2014).

O estudo do trauma complexo é crucial na psicologia, pois oferece um entendimento mais profundo das condições que afetam a saúde mental. Este reconhecimento é fundamental para desenvolver intervenções eficazes e adaptadas, que atendam à complexidade das experiências dos indivíduos. Além disso, a avaliação contínua e compreensão sobre o trauma complexo contribuem para uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente dentro da prática clínica.

O objetivo central desta investigação é compreender em que medida o TC está associado a sintomatologia psicopatológica, Distress e Bem-Estar e variáveis de tomada de decisão clínica, formulando-se as seguintes hipóteses:

O TC está associado positivamente à sintomatologia psicopatológica (H1);

O TC está associado positivamente ao Distress e negativamente ao bem-estar (H2);

O TC está associado positivamente a variáveis de tomada de decisão clínica(H3).

O presente estudo é dividido em: introdução onde é feita uma revisão da bibliografia inerente á temática, objetivos do estudo e respetivas hipóteses, uma vez que se trata de um

estudo correlacional transversal, numa amostra clínica de população adulta portuguesa; seguindo-se o método, incluindo participantes, instrumentos e procedimentos; seguido da explanação dos resultados e discussão dos mesmos, e por último, as conclusões e limitações do presente trabalho, as implicações e propostas para possíveis estudos futuros,

Método

Amostra

Os critérios de inclusão no presente estudo foram: a) ser português ou ser falante de língua portuguesa pelo menos há 5 anos, b) idades compreendidas entre os 18 e 70 anos e estar em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Já os critérios de exclusão foram: a não conformidade com os critérios de inclusão, possuir diagnóstico de perturbação neuro cognitiva e o não preenchimento da totalidade do Questionário Trauma Complexo.

Deste modo, recolheram-se 127 protocolos, excluindo-se 2, uma vez que não cumpriam os requisitos de inclusão referente á idade (idades superiores a 70 anos).

Para apurar a amostra clínica, retiraram-se todos os participantes que não estavam em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico excluindo assim 83 participantes e por fim excluíram-se mais 13 participantes uma vez que não tinham respondido na totalidade ao questionário de trauma complexo. Assim, o número total de participantes elegíveis para o presente estudo foi de 29 ($n=29$), em que 8 do género masculino e 21 do género feminino e a idade média dos participantes foi de 39.41 anos ($DP=9.64$), (tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=29)

Variável	N	%
Género		
Masculino	8	27.60
Feminino	21	72.40

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	39.41	9.64

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado um breve questionário a todos os participantes neste estudo, para recolha de informação sociodemográfica. Estavam incluídas variáveis como o género (homem, mulher), idade, nacionalidade, grau de escolaridade (ensino básico, secundário ou superior) estado civil, presença ou ausência de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico ou outro, se possuía algum tipo de diagnóstico e se tomava algum tipo de psicofármaco

Inventário de Sintomas Psicopatológicos- (BSI)

A versão Portuguesa do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), é um questionário de autorrelato, constituído por 53 itens (e.g. “em que medida ficou perturbado por: nervosismo ou agitação interior?”, “dificuldade em lembrar-se de coisas”, “dificuldade em adormecer” ou “sentir-se sem valor”). As respostas, cotadas através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, variam entre 0 (nada) e 4 (extremamente). Traduzido e validado para português por Canavarro, M.C. (1999), da sua versão original (Derogatis, L. R. (1982/1993) tendo em 2007 tido uma revisão crítica. Tem como objetivo a avaliação de sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia: Somatização (2,7,23,29,30,33,37), Obsessões-compulsões (5,15,26,27,32,36), Sensibilidade Interpessoal (20,21,22,42), Depressão (9,16,17,18,35,50), Ansiedade (1,12,19,38,45,49), Hostilidade (6,13,40,41,46) Ansiedade Fóbica (8,28,31,43,47), Ideação Paranoide (4,10,24,48,51) e Psicoticismo (3,14,34,44,53), e três Índices Globais (avaliações sumárias de perturbação emocional): Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP), numa janela de medida, últimos sete dias, incluindo o dia da

resposta. Relativamente á consistência interna dos itens, variam entre .70 e .80 (tendo em conta as 9 dimensões do instrumento), à exceção dos valores observados para as escalas de Ansiedade Fóbica e de Psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores. Para averiguar a consistência dos itens, fizeram-se duas análises estatísticas em softwares diferentes (alpha de Cronbach no software SPSS e ómega de MacDonald no software JASP) em que o resultado foi $\alpha = .967$ e $\Omega = .965$ respetivamente, apresentando assim uma boa consistência interna.

MHI-5 – Inventário de Saúde Mental versão reduzida (Pais Ribeiro, 2001)

O Inventário MHI completo que é composto por 38 itens que se distribuem por cinco dimensões (Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental, Afeto Positivo, Laços Emocionais) que se agrupam em duas grandes subescalas: Distress Psicológico e o Bem-Estar Psicológico.

A versão reduzida é uma versão rápida, MHI-5 é uma escala de autorrelato de 5 itens constituída por duas dimensões: 3 itens de Distress (itens: 11,19,27) e 2 itens de Bem-Estar (17 e 34), que representam quatro dimensões de saúde mental (Ansiedade item 11, Depressão item 27, Perda de Controlo Emocional/Comportamental item 19 e Bem Estar Psicológico itens 17 e 34) referente a como se sente no dia-a-dia. A sua cotação é feita de acordo com uma escala de *Likert* de seis pontos, que varia de 1(nunca) a 6 (sempre).

De acordo com Pais-Ribeiro (2011), a correlação de 0,95 entre as pontuações das versões MHI-38 e MHI-5 indica que, ao avaliar apenas a pontuação total, o MHI-5 pode ser considerado um substituto adequado do MHI-38. Existe uma boa consistência interna do instrumento na versão reduzida para a amostra deste estudo o $\alpha = .924$ e $\Omega = .933$ para a escala de Distress e de $\alpha = .790$ e $\Omega = .790$ para a do Bem –Estar.

Questionário Trauma Complexo-Complex TC, versão Portuguesa (Faustino & al, in prep.)

O Questionário de Trauma Complexo (Vergano et al, 2015) é uma medida de avaliação de maus-tratos de autorrelato composto por 70 itens, de experiências traumáticas ocorridos desde a infância até aos 14 anos. Primeiramente é descrita a experiência e

perguntado se a vivenciou (resposta dicotômica) com que frequência escala de *Likert* de 4 pontos, variam entre 1 (nunca) e 4 (frequentemente), figura envolvida (mãe, pai, outra figura) e o impacto que teve, numa escala de *Likert* de 5 pontos, variam entre 1 (nenhum) e 5 (muito).

Avalia maus-tratos de vários tipos: abuso físico, psicológico/rejeição, inversão de papéis, negligência física e emocional, falha de proteção, negligência material bem como outras experiências traumáticas, testemunho de violência doméstica, separações e perdas.

O Complex TC apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0.92$, na análise preliminar das propriedades psicométricas (Vergano et al, 2015), sendo para a amostra deste estudo um $\alpha = .966$).

Questionário Tomada de Decisão Clínica- CDMI versão Portuguesa (Faustino & Vasco, 2023)

O Questionário de Tomada de Decisão Clínica- CDMI (Faustino e Vasco, 2023) é um questionário de autorrelato, constituído por sete itens, avaliam: estabilidade emocional, etapas da psicoterapia, aliança terapêutica, etapa motivacional, nível de reatância, estilo de coping, estilo de vinculação medidos através de uma escala de *Likert* de 5 pontos. Apresenta uma consistência aceitável ($\alpha = 0.72$) no estudo efetuado para a versão portuguesa da escala, sendo para a presente amostra um $\alpha = 0.734$ e $\Omega = .662$.

Procedimento

O presente estudo de natureza psicométrica, correlacional, transversal, foi feito numa amostra clínica da população portuguesa.

Foi submetido para parecer sobre a pertinência do estudo e autorização para o fazer à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Lisboa (EPCV-ULL), tendo a mesma sido concedida. De seguida, foi feita sua divulgação, exclusivamente *online*, via redes sociais (*Facebook, Instagram e LinkedIn*), no período compreendido entre 20/02/2024 e 30/04/2024.

A amostra, foi recolhida de forma exclusiva online, utilizando o método bola de neve por meio da plataforma Qualtrics. O protocolo é composto por seis instrumentos de avaliação psicológica, de autorrelato sendo utilizados no presente estudo somente quatro, conforme descrito no ponto 3. A participação dos indivíduos, feita após a leitura de um consentimento

informado na primeira página, foi completamente voluntária, consentida e anónima e ficou garantida a total confidencialidade dos dados fornecidos. Ficou também explícito qual o objetivo do estudo e foi facultado o *e-mail* do responsável pelo mesmo. Após a concordância do participante, por via da leitura e aceitação do consentimento informado, foram apresentados os instrumentos cujas especificidades se encontram descritos acima no ponto 3: Breve Questionário Sociodemográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos-BSI, MHI-5, Questionário de Trauma Complexo, Questionário de Tomada de Decisão Clínica- CDMI. O preenchimento do protocolo demorou cerca de 30 minutos. Por último, realizou-se a preparação dos dados e a respetiva análise estatística em que foram utilizados, dois tipos de software SPSS e JASP.

Preparação de dados e estatística

Após a recolha de todas as respostas necessárias, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados. Assim, os dados foram exportados do *software Qualtrics* para o *software JASP* e para o *software SPSS* para a realização de todos os procedimentos estatísticos efetuados. Foram retirados da amostra inicial (N=127) todos os participantes que não cumpriam os requisitos de inclusão, bem como os que não estavam em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico excluindo também e os que não tinham respondido na totalidade ao Questionário de Trauma Complexo, (n= 29).

Será analisada estatisticamente a relação entre os sintomas psicopatológicos e o TC_EXP, Distress e bem-estar, medidos na escala MHI- 5 (Inventário de Saúde Mental escala reduzida), a sintomatologia psicopatológica medida com o BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) e as variáveis de tomada de decisão clínica, medidas pela escala CDMI (Clinical Decision-Making Inventory).

Em primeiro lugar, foi feita uma análise estatística descritiva dos dados do questionário sociodemográfico (género, idade).

Em segundo lugar, foram agrupados os itens referentes ao MHI-5, nas categorias de “Bem-estar” e Distress” e foram feitas as cotações de acordo com o manual e posteriormente foram feitas as correlações com o TC_EXP. (vivência da experiência traumática).

Relativamente ao BSI, foram agrupados os itens por dimensão: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade,

ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo, foram cotadas de acordo com o manual tanto para cada dimensão como para o índice geral de sintomas (IGS) e posteriormente feitas as correlações com o TC_EXP.

No Complex TC, foram agrupados os itens, numa nova variável denominada TC_EXP. uma vez que para o presente estudo só foram contempladas as questões referentes vivência das experiências traumáticas, sendo que as variáveis frequência, impacto e figura envolvida não são relevantes o mesmo.

Com os sete itens do CDMI (variáveis de tomada de decisão clínica) foi feita uma correlação de spearman com o TC_EXP.

Numa tentativa de exploração dos resultados da presente amostra foram feitas correlações entre as variáveis de tomada de decisão clínica com a escala MHI-5 e BSI.

Resultados

Estatística descritivas da amostra total e por género

Com o objetivo de caracterizar a amostra, ou seja, analisar a sua distribuição e variabilidade, foram usadas medidas de localização central (i.e., média) e medidas de dispersão (i.e., desvio padrão) resultando nos seguintes dados, expressos na tabela 2: $n= 29$ sendo que 21 participantes (72,40%) eram do sexo feminino e 8 participantes (27,60%) eram do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 39,41 anos ($DP =9.64$), variando entre os 22 e os 56 anos.

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total e por Género

	Total		Homens		Mulheres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	29	100	8	27,60	21	72.40
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	39.41	9.64	35.38	12.31	40.95	8.24

Análise correlacional

Uma vez que temos uma amostra de pequena dimensão, $n=29$, sendo considerada uma amostra com distribuição não normal, usou-se um teste não paramétrico, teste de correlação de Spearman.

Foi encontrada uma correlação positiva entre TC_EXP. e IGS ($r=0.406$, $p=0.05$), sugerindo que à medida que aumenta o número de experiências traumáticas aumentam tende a aumentar o índice geral de sintomas psicopatológicos.

Os resultados indicam que existe uma correlação negativa entre a escala de Bem-Estar do MHI-5 e TC_EXP., com um coeficiente de correlação de ($r = -0,45$, $p = 0,05$). Isso sugere que a presença de experiências traumáticas está associada a níveis mais baixos de bem-estar, indicando que indivíduos que relatam experiências de trauma complexo tendem a apresentar um nível de bem-estar reduzido (tabela3).

Tabela 3.

Coeficientes de Correlação de Spearman entre o TC_EXP. o Bem-Estar e Distress (MHI-5)

MHI-5	TC_EXP.
Distress	.465*
Bem-Estar	-.450*

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Verifica-se que a correlação entre TC_EXP. e CDMI, não é estatisticamente significativa como explanado na tabela 4.

Tabela 4

Coeficientes de Correlação de Spearman entre a TC_EXP. e as variáveis de tomada de decisão clínica (CDMI)

CDMI	TC_EXP.
Variáveis de Tomada Decisão Clínica	-.101

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Numa perspetiva de compreender se há impacto das variáveis de tomada de decisão clínica nos sintomas psicopatológicos, foi feita uma correlação entre CDMI e o índice geral de sintomas (BSI). Verificou-se que existe uma correlação negativa entre eles, podendo dizer-se que as tomadas de decisão clínica influênciam o aparecimento de sintomatologia psicopatológica, o que pode significar que a sintomatologia psicopatológica diminui à medida que se avança no processo terapêutico.

Tabela 5

Coeficientes de Correlação de Spearman entre o Índice Geral de Sintomas (BSI) e as variáveis de tomada de decisão clínica (CDMI)

CDMI	Índice Geral de Sintomas (BSI)
Variáveis de Tomada Decisão Clínica	-.387*

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Também foi feita a correlação entre a CDMI e o Distress e o Bem-Estar, verificando-se uma correlação positiva ($r=.416$, $p=0.05$), entre o bem-estar e as variáveis de tomada de

decisão clínica, no entanto os valores de correlação entre o Distress e as mesmas variáveis não apresentam valores estatisticamente positivos, como pode ver-se na tabela 4.

Tabela 6.

Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis de tomada de decisão clínica (CDMI) o Distress e Bem-estar (MHI-5)

MHI-5	CDMI
Distress	-.351
Bem-Estar	.416*

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Discussão

Tendo por base os objetivos e as hipóteses colocadas iremos proceder à discussão dos resultados obtidos na análise estatística efetuada, explanados no ponto anterior. O presente estudo tem como objetivo contribuir para a compreensão da relação entre o TC os sintomas psicopatológicos, Distress, bem-estar e tomada de decisão clínica, que nos permitirá uma melhor compreensão do trauma numa população clínica, no que diz respeito a sintomatologia assim como poderá permitir a identificação da relação do processo terapêutico.

Como proposto na primeira hipótese a testar, confirmou-se que a presença de TC implica maior índice de sintomas psicopatológicos o que vai de acordo com a literatura podendo ser explicado sob a perspetiva psicanalítica, em que o trauma é definido como uma ocorrência súbita de violência extrema, resultando numa sobrecarga de excitação que pode desestabilizar os mecanismos de defesa do indivíduo, culminando num choque e, consequentemente, na desorganização de sua saúde mental (Anaut, 2005; Mijolla, 2005). Dificuldades no processamento emocional estão associadas a uma regulação inadequada das necessidades psicológicas, mediada pelos esquemas precoces mal adaptativos. Isso sugere que indivíduos com dificuldades no processamento emocional podem ter dificuldades em regular suas necessidades psicológicas de forma saudável devido aos esquemas precoces mal adaptativos (Faustino& Vasco, 2020; Linehan, 1993; Horney, 1950).

Na segunda hipótese a testar pretendíamos verificar que a presença de TC diminui o Bem-estar e aumenta o Distress o que se confirmou. Pessoas que passaram por traumas complexos muitas vezes sofrem de distúrbios de ansiedade e depressão, tem problemas relacionais, uma auto percepção distorcida da realidade o que as leva a adotarem estratégias de enfrentamento mal adaptativas sendo estes estados emocionais que provocam grande sofrimento (Distress), tendo dificuldade em regular emoções, dificultando a experiência de emoções positivas prejudicando assim o bem-estar, por outro lado como o TC é crónico os efeitos a longo prazo podem incluir problemas de saúde mental persistentes que afetam a qualidade de vida e o bem-estar geral (Kolk Van der, 2005; Courtois, 2009; Herman, 1992b).

Estes resultados são confirmatórios com o descrito na literatura, alguns autores defendem que O “Distress” e a diminuição do bem-estar estão frequentemente associados a experiências traumáticas, especialmente aquelas que envolvem vitimização prolongada ou repetitiva, como abuso emocional, físico ou sexual na infância, que caracteriza o trauma complexo (Kolk, 2005; Herman, 1992b; Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009).

A fusão cognitiva pode ser crucial na manutenção de ciclos interpessoais disfuncionais e na dificuldade de mudança em pacientes em psicoterapia, a literatura enfatiza a necessidade de abarcar tanto as dificuldades emocionais quanto os esquemas precoces na prática psicológica, visando uma regulação adequada das necessidades psicológicas (Faustino e Vasco, 2020).

Existe uma base neurobiológica relacionada ao trauma que pode levar a mudanças na forma como o cérebro processa informações e emoções. Essas alterações podem predispor os indivíduos a reações de stress mais intensas e dificultar a sensação de bem-estar. Em suma, a relação entre Trauma Complexo, Distress e Bem-estar decorre de uma série de fatores emocionais, psicológicos, sociais e neurobiológicos que afetam negativamente a vida das pessoas que experienciaram traumas severos e contínuos. Esses elementos interagem de maneiras que perpetuam o sofrimento e minam a capacidade de experimentar felicidade e satisfação.

Apesar de numa amostra clínica, ser fundamental compreender em que estagio da terapia o indivíduo se encontra, dado que esses estágios são sequenciais e incluem: formação de aliança e vínculo, conscientização da consciência, significação, regulação da responsabilidade, ações de reparação, consolidação da mudança e antecipação do futuro e

prevenção de recaídas (Vasco et al., 2018), não foi encontrada relação entre TC e o estágio da terapia nesta amostra clínica.

Relativamente aos restantes itens a avaliar também não foi encontrada nenhum valor estatisticamente significativo relativamente ao TC o que poderá ser justificado pelo tamanho da amostra, (n=29) e ser indicador de uma menor potência estatística para detetar uma correlação significativa. Além disso, a homogeneidade da amostra em termos de variáveis como idade, sexo ou tipo de trauma pode limitar a generalização dos resultados, bem como o enviesamento das respostas, consequência da desejabilidade social e frequente em medidas de autorrelato podendo assim influenciar os resultados.

A variabilidade individual também pode ser fator justificativo, pois as respostas ao trauma complexo são altamente individuais. Fatores como resiliência, apoio social, e estratégias de enfrentamento podem moderar a relação entre trauma e a tomada de decisão clínica, dificultando a identificação de uma correlação clara (Bonanno, 2004). A tomada de decisão clínica é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo conhecimento técnico, experiência profissional, e contexto clínico. Esses elementos podem influenciar a relação direta entre a experiência de trauma complexo e as decisões clínicas, já que outras variáveis podem ser mais preditivas (Gabbard, 2007). Por outro lado, existe a possibilidade de outras variáveis, tais como, fatores culturais ou socioeconômicos, atuem como moderadores ou mediadores na relação entre trauma e tomada de decisão clínica, contribuindo para a falta de uma correlação direta.

A abordagem neuro cognitiva na psicoterapia destaca a relevância da interação entre processos cognitivos e neurais para a compreensão e tratamento de distúrbios psicológicos, com a teoria das redes neurais complexas sugerindo que a mente e o cérebro operam como sistemas dinâmicos e interconectados, essencial para a prática clínica. Ao integrar conhecimentos da neurociência cognitiva com teorias psicológicas, é possível aprofundar a compreensão dos fatores subjacentes aos transtornos mentais e aprimorar as intervenções. Dessa forma, essa abordagem oferece uma estrutura teórica mais abrangente e dinâmica para a psicoterapia, promovendo uma visão mais completa e holística dos processos que facilitam a mudança terapêutica (Faustino et al. 2023).

Limitações e estudos futuros

Constitui uma limitação do presente estudo não se ter utilizado uma amostra clínica representativa da população portuguesa, o que se recomenda para futuros estudos com o objetivo de estudar esta temática, o tempo de recolha também tem de ser tido em conta, pois como é feito exclusivamente on line, não se controla fatores como restringir só á população clínica e que tenha passado por trauma.

O protocolo apresentado era extenso o que leva a algum cansaço e por conseguinte perda de interesse a responder a todas as perguntas de todos os questionários.

O ter uma amostra de maior dimensão poderá ser uma mais-valia realizar outros tipos de análises estatística devendo também contemplar-se o uso de medidas que avaliem a desejabilidade social, uma vez que esta poderá enviesar resultados.

Outro fator limitante é que esta temática é difícil de abordar, o que dificulta a recolha da amostra, pois provoca dor o relembrar da situação traumática, fazendo que muitos dos participantes desistam sem concluir o protocolo.

O entendimento sobre o trauma complexo avançou de maneira considerável. Um dos obstáculos associados ao desenvolvimento deste conceito é que a expressão "trauma complexo" tem sido aplicada tanto para descrever o evento traumático em si quanto para as reações e sintomas específicos que fazem parte desse tipo de trauma, há necessidade de diferenciá-los, usando outras terminologias, que identifique sem levantar duvidas o que é o evento e o que são os sintomas específicos que dele fazem parte.

Seria também pertinente fazer comparação entre grupos nos diferentes estágios da terapia, para perceber melhor o efeito da terapia na vida dos indivíduos que estão assinalados com TC, bem como as alterações de sintomatologia psicopatológica associada.

Implicações para a psicologia clínica

A investigação neste domínio, contribui para sensibilizar a importância da prevenção e das intervenções preventivas em situações de risco, bem como para incentivar a implementação de políticas públicas que tratem das repercussões do trauma na saúde mental e na sociedade.

O Trauma Complexo é um tema fundamental para entender os eventos traumáticos que ocorrem em estágios iniciais da vida de uma pessoa, os quais se prolongam e influenciam todo o seu ciclo vital. Nesse contexto, é crucial levar em conta e compreender as estratégias que cada indivíduo pode ter para enfrentar o sofrimento psicológico resultante. Um diagnóstico correto e preciso é fundamental nas ciências psicológicas, pois representa um elemento crucial na prática clínica, contribuindo para a redução da dor psicológica e do mau funcionamento da vida do indivíduo em geral. necessidade de uma abordagem sensível e esclarecida na prática clínica, que considere as especificidades da experiência traumática na formulação de estratégias de intervenção.

O diagnóstico diferenciado deste tipo de trauma é de extrema importância, para a intervenção ser o mais precoce possível de modo a minimizar o sofrimento.

Conclusões

Após a pandemia, houve no mundo um aumento de cerca de 25% das perturbações psicológicas que segundo a OMS afetam 1 bilhão de pessoas. Um diagnóstico correto e preciso é fundamental nas ciências psicológicas, pois representa um elemento crucial na prática clínica, contribuindo para a redução da dor psicológica e do mau funcionamento da vida do indivíduo em geral. necessidade de uma abordagem sensível e esclarecida na prática clínica, que considere as especificidades da experiência traumática na formulação de estratégias de intervenção.

Apesar de algumas questões serem consideradas socialmente menos relevantes, a literatura aponta que elas podem ser preditores de problemas psicológicos que afetam o funcionamento e o bem-estar individual, impactando a sociedade de forma mais ampla. Estudos como o presente permitem diagnósticos mais exatos, com o objetivo de promover o bem-estar individual e social, adequando as terapias e formando equipas multidisciplinares que abordem diversas áreas da vida do indivíduo.

A compreensão do trauma complexo e do seu diagnóstico é de extrema importância para a sociedade, no que diz respeito ao reconhecimento e validação, pois muitas vezes não é bem compreendido, como tal, reconhecer os seus efeitos ajuda a validar as experiências dos indivíduos que sofrem com esta condição, um diagnóstico mais preciso, permite a aplicação de intervenções terapêuticas apropriadas, podendo incluir terapias específicas, como a terapia

cognitivo-comportamental, EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento por Movimento Ocular) ou outras abordagens que ajudam na recuperação.

Não menos importante, é que este conhecimento pode ter uma ação de prevenção de conflitos: compreender os efeitos do TC pode ajudar na prevenção de comportamentos agressivos ou destrutivos, pois indivíduos que não tratam seu trauma podem ter dificuldades de relacionamento, levando a conflitos e violência bem como quebrar ciclos intergeracionais, promovendo um futuro mais saudável para as gerações vindouras.

A nível social pode ser potenciador de promoção da empatia pois a educação sobre o TC pode aumentar a empatia e a compaixão nas interações sociais. Compreender que alguém está a agir de determinada maneira devido a experiências traumáticas passadas pode mudar a maneira como as pessoas se relacionam e comunicam. Ao compreender o TC, a sociedade pode abordar de forma mais eficaz as questões de saúde mental numa escala populacional, por outro lado um entendimento mais profundo e completo do TC pode influenciar a formulação de políticas públicas que abordam a saúde mental, a segurança social e os direitos das vítimas, promovendo ambientes mais saudáveis e solidários.

Profissionais de saúde, educadores, assistentes sociais e outros podem beneficiar-se de uma compreensão abrangente do TC, melhorando a qualidade do apoio que oferecem às pessoas afetadas.

Bibliografia

- Amado, B. G., Arce, R., Herraiz, R., (2015): *Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review Psychosocial Intervention* 24 (49–62)
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. (E. Pestana, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2002)
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). *Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. Attachment & Human Development*, 9(2), 139–161. doi:10.1080/14616730701349721.
- Bonanno, 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.
- Bonanno, G. A. (2005). *Resilience in the Face of Potential Trauma. Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135–138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). *Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. Traumatology*, 11(4), 247.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). *Violence Against Women. 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., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). *Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model*. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774
- Canavarro, M. C. (1999). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI*. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal*. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carey Paul D.; Walker Jennifer L.; Rossouw Wendy; Seedat Soraya; Stein Dan J. (2008). *Risk indicators and psychopathology in traumatized children and adolescents with a history of sexual abuse.*, 17(2), 93–98. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0641-0>.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). *Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074. doi:10.1037/0022-006x.70.5.1067 .
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). *A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity*. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. doi:10.1002/jts.20444
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). *Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices*. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. doi:10.1002/jts.20697
- Cook, B. G.; Pengelly, B. C.; Brown, S. D.; Donnelly, J. L.; Eagles, D. A.; Franco, M. A.; Hanson, J.; Mullen, B. F.; Partridge, I. J.; Peters, M.; Schultze-Kraft, R., 2005. *Trauma in Children and Adolescents*. Article in *Psychiatric Annals Australia Tropical forages*
- Courtois, C. A. (2004). *Complex trauma, complex reactions: Assessment and*

- treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412–425. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Approach*. Guilford Press.
- Dalenberg, Steven N. (Ed). (2017). *Manual APA de psicologia do trauma: Fundamentos do conhecimento*, Vol. 1 (pp. 1-11). Washington, DC, EUA: American Psychological Association, xxii, 624 pp.
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2023). *Development and Preliminary Analysis of a Scale to Assess Client Characteristics that Influence Clinical Decision-Making*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00529-8>
- Faustino, B., Fonseca, I., & Oliveira, J., (2023): *Brief Form of the Affective Neuroscience Personality Scales: Preliminary Psychometric Properties in a European Portuguese Community Sample* *Psychological Reports*, Vol. 0(0) 1–19
- Faustino, B., Vasco, A., Silva, A. & Barreira, J. (2022): *Emotional processing difficulties scale-revised: preliminary psychometric study*, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, DOI: 10.1080/1477975
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). *Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.2464>
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. 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
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., et al. (1998) *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine*.

- Friedman, M. J., & Williams, L. M. (2006). *Trauma, posttraumatic stress disorder, and the development of the neuroendocrine system*. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 31-42. <https://doi.org/10.1002/jts.20169>
- 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., 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
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. van der, & Nijenhuis, E. R. S. (2005). *Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation*. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437–447. doi:10.1002/jts.20051
- Gabbard, G. O. (2007). *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. American Psychiatric Pub.
- Garland, C. (2002). Thinking about trauma. In C. Garland (Eds.), *Understanding Trauma: A psychoanalytical approach* (pp. 9-31). London: Karnac.
- Hart Van der, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). *Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder*. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413–423. doi:10.1002/jts.20049
- Herman, J. L. (1992a). *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma.*: *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.

- Herman, J.L.; Courtois C.A. (2020) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults: Scientific foundations and therapeutic models*. New York: The Guilford Press (2020)
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization*. New York: W. W. Norton & Company
- Kliethermes, Matthew; Schacht, Megan; Drewry, Kate (2014). *Complex Trauma*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339–361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Kolk van der, B. A. (2005). *Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20049>
- Kolk van der, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma*. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399.
- Kolk Van der, B.A (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The Impact of Early Life Trauma on the Development of PTSD: A Neurobiological Perspective*. *The Journal of Traumatic Stress*.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, 201-212. New York: Guilford Press
- 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.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). *Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations*. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971–985. doi:10.1002/jclp.20283

- 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
- Mijolla, A. (2005). *International dictionary of psychoanalysis*. USA: Thomson Gale.
- 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.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Gender differences in depression*. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.
- 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
- O'Donnell, M. L., et al. (2013). *Post-traumatic stress disorder and anxiety disorder in children: a meta-analysis*. *Psychological Medicine* 43(1), 37-56.
- 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
- Pais-Ribeiro, J.L., (2001). *Mental Health Inventory: Um Estudo De Adaptação à População Portuguesa*; *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2001, 2 (1), 77-99
- Pais-Ribeiro, J.L, (2011). *Inventário de Saúde Mental, Instrumentos de Avaliação*. Placebo Editora ISBN 978-989-8463-13-5
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). *Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)*. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1)

- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). *Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449–459. doi:10.1002/jts.20052
- Perry, B. D. (2009). *The neurodevelopmental impact of trauma*. In J. V. Carr, & J. L. W. Carr (Eds.), *The handbook of child and adolescent trauma* (pp. 263-285). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09511-5_15
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calhoun, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). *A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5*. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251. doi:10.1002/jts.21699
- Ross, S., Sharma-Patel, K., Brown E., Hunt J. & Chaplin W. (2020) *Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome?*. *Child abuse & neglect*, 104734. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104734>
- 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
- Spiegel, D., & Classen, C. (2000). *Disassociation and dissociative disorders in trauma*. In: *Trauma and Memory: Clinical and Legal Controversies* (pp. 141-161). New York: Guilford Press
- Street Amy E.; Gibson, Laura E., and. Holohan Dana R. (2005) *Impact of Childhood Traumatic Events, Trauma-Related Guilt, and Avoidant Coping Strategies on PTSD Symptoms in Female Survivors of Domestic Violence*. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 3, June 2005, pp. 245–252.
- Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). *Cultural Differences in the Impact of Social Support on Psychological and Biological Stress Responses*. *Psychological Science*, 18(9), 831–837. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x .

- Torres Bernal, A., & Mille, D. (2011). *Healing from Trauma: Utilizing Effective Assessment Strategies to Develop Accessible and Inclusive Goals*. Kairos, Slovenian Journal of Psychotherapy, 5.
- Vasco, A. B., Conceição, N., Silva, A. N., Ferreira, J. F., & Vaz-Velho, C. (2018). O (meta)modelo de complementaridade paradigmática (MCP). In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias*. PACTOR.
- Vergano, Carola M.; Lauriola, Marco; Speranza, Anna M. (2015). *The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma*. *Frontiers in Psychology*, 6(), –. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01323>
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). *Complex trauma and diagnostic implications*. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55-62.
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). *Empirical Support for the Definition of a Complex Trauma Event in Children and Adolescents*. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671–678. doi:10.1002/jts.21857
- Weinberg, M., & Gil, S. (2015). *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. doi:10.1080/15325024.2015.1011986
- Zerach, G., & Ben-David, A. (2015) *The Intergenerational Transmission of Trauma: A Review*, *Journal of Family Issues*.

Anexos

Anexo 1.

Declaração de Consentimento Informado

No âmbito do projeto de denominado "Relações entre Experiências Disfuncionais, Estruturas Psicológicas e Sintomatologia", decorrer na Universidade Lusófona de Lisboa, venho por este meio convidá-lo/a a participar no presente estudo focado na associação entre experiências emocionais complexas e tomada de decisão clínica.

O alargamento de conhecimentos nesta área, permitirá contribuir com novos fundamentos para a comunidade científica de psicologia, preenchendo lacunas de informação, abrindo caminho para futuros projetos e desenvolvendo formas de intervenção focadas nas necessidades de cada indivíduo.

Para a participar neste estudo é basta responder a um conjunto de questionários on-line, com uma duração total de 30 minutos. A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento ou recusar responder a questões com as quais não se sinta confortável, sem qualquer tipo de consequência.

Durante este processo, é garantida a confidencialidade e o anonimato, sendo que as informações recolhidas são tratadas somente pelos investigadores integrantes do projeto e pelo respetivo coordenador do estudo. Não existe qualquer risco significativo associado à participação neste estudo. Importa, no entanto, salientar a possibilidade de ativação emocional, face a algumas questões, podendo eventualmente criar mal-estar. Caso sinta algum desconforto emocional e/ou sentimentos desagradáveis decorrentes das questões colocadas, poderá contactar a linha de apoio psicológico do SNS 24 (808 24 24 24), caso sinta necessidade.

Para qualquer esclarecimento adicional pode contactar o coordenador do projeto: Prof. Doutor Bruno Faustino, (Psicólogo clínico, neuropsicólogo, membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (brunofaustino.investigacao@gmail.pt).

Agradecemos a sua disponibilidade para colaborar e participar neste estudo.

Carina Correia (ce28correia@gmail.com).

Rute Encarnação (rute.ce@gmail.com)

Após a leitura das explicações acima referidas, declaro ter compreendido os objetivos do estudo e aceito participar, dando o consentimento que os meus dados pessoais sejam utilizados com as finalidades propostas.

Aceito responder ao conjunto de instrumentos que integram esta investigação, tendo-me sido assegurada a confidencialidade e anonimato dos meus dados pessoais para o referido estudo.

Aceito

Não aceito

Página seguinte

Desenvolvido pela Qualtrics

Anexo 2.

Idade (Caso faça os 18 anos até ao final do presente ano coloque 18 anos)

*

Sexo

Masculino

Feminino

*

Nacionalidade

*

Habilitações literárias (mínimo 9º ano de escolaridade ou equivalente)

Ensino Básico (9º ano) ou equivalente

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

*

Estado Civil

Solteiro/a

Casado/a

União de Facto

Divorciado/a

Viúvo/a

Página seguinte

Desenvolvido pela Qualtrics

Anexo 3. Tomada de Decisão Clínica

Relativamente ao seu acompanhamento psicológico/psicoterapêutico e/ou psiquiátrico, indique a etapa que melhor descreve o seu momento atual no seu processo psicoterapêutico.

Fase inicial da terapia - Sentir-se motivado/a a abordar os problemas do ponto de vista psicológico; sentir um clima de segurança relativamente ao terapeuta; sentir esperança no processo terapêutico; negociar as regras do processo;

Fase secundária - Explorar e experienciar o impacto de situações relevantes; identificar e descobrir novos significados relativamente a si e aos outros; tomar consciência de conflitos e dificuldades; aumentar o conhecimento de si próprio e das relações com os outros;

Fase terciária - Perceber as dificuldades à luz do passado e do presente; desenvolver e construir novas formas de se ver a si e compreender os "problemas"; identificar padrões e processos de funcionamento e construir novos significados;

Fase intermédia - Tomar consciência da responsabilidade em cuidar de si; assumir o compromisso por respeitar as suas necessidades; mobilizar recursos internos para a mudança;

Fase avançada - Realizar ações e procedimentos transformadores e promover a mudança; escolher estilos de vida que promovam o desenvolvimento pessoal; gestão de obstáculos à expressão da sua identidade; lidar eficazmente com os problemas e construir planos de ação para os resolver; Fase quase final - Consolidar as aprendizagens no sentido da satisfação de necessidades e expressão da identidade; generalizar as aprendizagens à sua vida e aceitar a inevitabilidade de certos graus de vulnerabilidade; Fase final - Olhar para o futuro, prevenir recaídas e antever dificuldades; antecipar recursos e planos preventivos para lidar com dificuldades; fortalecer a sensação de coerência pessoal e sentido de vida; integrar experiências passadas, presentes e futuras numa narrativa coerente; Quantas sessões de psicoterapia já realizou no presente processo? (dê um número aproximado). Relativamente ao seu acompanhamento psicológico/psicoterapêutico e/ou psiquiátrico, classifique a qualidade da sua relação com o terapeuta (caso tenha os 2 tipos de acompanhamento, considere aquele a que vai mais frequentemente)

Excelente

Boa

Razoável

Fraca

Má

Relativamente ao seu acompanhamento psicológico/psicoterapêutico e/ou psiquiátrico, indique o seu grau de motivação atual para a psicoterapia:

Excelente

Bom

Razoável

Desenvolvido pela Qualtrics

Anexo 4.

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL MHI-5 (Pais Ribeiro, 2001)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-adia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?} Sempre

- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?} Sempre

- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?}

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?}

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?}

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo

Anexo 5.

BSI

Nome: _____		Sexo: Masculino _____. Feminino ____	
Idade: _____		Estado civil: Cas. ____ Sep. ____ Div. ____ Solt. ____ Viu. ____	
Escolaridade: _____		Profissão: _____	
Data: ____ / ____ / ____			

Instruções:

Em baixo, está uma lista de problemas que, às vezes, as pessoas apresentam. Por favor, leia com atenção cada um e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA O/A PERTURBOU OU ABORRECEU DURANTE OS PASSADOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE. Coloque um círculo somente num número para cada problema e não salte nenhum item. Se mudar de ideia, apague com cuidado a sua primeira marca. Leia, por favor, o exemplo em baixo antes de começar, e se tiver algumas questões, faça o favor de as colocar.

Exemplo:

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Dores no corpo	0	1	2	3	4

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
2. Sensações de tonturas ou desmaios	0	1	2	3	4
3. Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se das coisas	0	1	2	3	4

Anexo 6

The Complex Trauma Questionnaire – Self Report (ComplexTQ)

Questionário de Trauma Complexo – Versão PT por Bruno Faustino e colaboradores (2024)

As pessoas podem experienciar várias formas de trauma ao longo da vida, que podem dizer respeito à relação com o/a cuidador/a. Gostaríamos de obter quatro tipos de informação: 1) se experienciou os eventos descritos em baixo, 2) com que frequência é que essas experiências ocorreram, 3) que pessoa esteve envolvida, 4) como é que essas experiências o/a afetaram. Por favor, preencha o questionário com base nas suas experiências iniciais desde a infância até aos 14 anos de idade, da seguinte forma:

primeira coluna "**experiência**": marcar com um "X" em SIM ou NÃO se teve esta
segunda coluna "**frequência**": atribua uma pontuação com um "X" à frequência da experiência: **frequência: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente** 3)
terceira coluna "**figura envolvida**": marcar com um "X" em PAI, MÃE e/ou OUTRA FIGURA na pessoa envolvida na experiência (não marcar se a experiência não ocorreu); 4)
quarta coluna "**impacto**": atribua uma pontuação com um "X" no impacto que a experiência teve para si (não atribua se a experiência não ocorreu): **impacto que teve para si: 1 = nenhum; 2 = pouco; 3 = algum; 4 = bastante; 5 = muito**

<i>Experiência Frequência Figura Envolvida Impacto</i>				
O/A cuidador/a não estava preocupado/a com as minhas necessidades físicas básicas (por exemplo, não fornecer comida, roupas ou tratamento médico)	não sim	1 2 3 4	pai mãe outra figura	1 2 3 4 5
O/A cuidador/a não se importava se eu recebia uma educação adequada (por exemplo, sem supervisão da frequência escolar, sem ajuda com os trabalhos de casa)	não sim	1 2 3 4	pai mãe outra figura	1 2 3 4 5
O/A cuidador/a não demonstrou expressões físicas/verbais de afeto para comigo (por exemplo, ausência de afagos, abraços e beijos, ou manifestações de amor)	não sim	1 2 3 4	pai mãe outra figura	1 2 3 4 5
O/A cuidador/a não estava preocupado/a com a minha socialização (por exemplo, não verificar o ambiente das minhas amizades e atividades de lazer)	não sim	1 2 3 4	pai mãe outra figura	1 2 3 4 5
O/A cuidador/a não estava contente por passar tempo comigo ou por me ter por perto	não sim	1 2 3 4	pai mãe outra figura	1 2 3 4 5