



Joana Patrícia Melo Ferreira da Silva

**Vinculação, Perturbação Pós-Stress
Traumático e Problemas de
Internalização e Externalização em
Jovens em Risco**

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor Ricardo Pinto

E da coorientação da
Professora Doutora Inês Jongenelen

Dezembro, 2020



Joana Patrícia Melo Ferreira da Silva

**Vinculação, Perturbação Pós-Stress
Traumático e Problemas de
Internalização e Externalização em
Jovens em Risco**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
no dia 16/12/2020, perante o seguinte júri:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva (Prof. Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Prof^a Doutora Olga Cecília Soares da Cunha (Prof^a Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Orientador: Prof. Doutor Ricardo José Martins Pinto (Prof. Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Dezembro, 2020

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Ricardo Pinto, obrigada pela orientação prestada ao longo desta longa etapa, pela partilha de conhecimentos, por todo o apoio, disponibilidade, conselhos e dedicação que sempre evidenciou nesta longa etapa. O meu muito obrigada!

À Investigadora Patrícia Correia Santos, agradeço toda a disponibilidade, apoio e confiança que depositou em mim neste projeto, o meu obrigada.

A todos os professores que se cruzaram comigo ao longo desta caminhada, obrigada por toda a disponibilidade, partilha de saberes e conhecimentos.

A toda a equipa de investigação, obrigada por todo o carinho, ajuda e por todas as emoções partilhadas ao longo desta etapa.

Aos meus colegas de turma obrigada por fazerem parte do meu percurso, em especial às minhas queridas, Débora Alves, Flávia Sousa, Sara Castro pela vossa amizade e por me acompanharem sempre ao longo de cinco anos.

À minha família, em especial aos meus Pais, Irmão e Miguel, obrigada caminharem sempre ao meu lado independentemente do caminho que eu escolher.

Aos meus amigos de sempre, obrigada pela vossa amizade e, por me ajudarem sempre a acreditar que é possível.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso ao longo destes cinco anos, o meu sincero obrigada!

Vinculação, Perturbação Pós-Stress Traumático e Problemas de Internalização e Externalização em Jovens em Risco

Resumo

O presente estudo tem como objetivo examinar se os níveis de vinculação ansiosa/evitante têm uma relação com PTSS, assim como testar se os sintomas de internalização e externalização estão associados a PTSS. Pretende-se ainda testar se os sintomas de internalização e externalização são mediadores de desenvolvimento de PTSS. **Método:** A amostra incluiu 92 jovens entre os 12 e os 17 anos, dos quais 52 (56.5%) eram do sexo feminino e 40 (43.5%) do sexo masculino. Sessenta jovens (65%) eram estudantes do Ensino Profissional, 2 (2.2%) estavam inseridos no Projeto “Escolhas” e 30 (32.6%) residiam em instituições de acolhimento e foram sinalizados pela CPCJ. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico; Questionário das Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais (ECR-RS), Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-POR) e o Child PTSD Symptom Scale – V (CPSS-V). **Resultados:** A vinculação ansiosa e evitante correlaciona-se com PTSS. Verificou-se ainda que os sintomas de internalização e externalização se encontram correlacionados com PTSS. Os sintomas de internalização mostraram-se mediadores na relação entre vinculação ansiosa e evitante e PTSS. No entanto, os sintomas de externalização não se revelaram mediadores na relação entre vinculação ansiosa/evitante e PTSS. **Conclusões:** As implicações práticas deste estudo, passam pelo contributo para a implementação de estratégias de prevenção e intervenção, que devem focar-se em intervenções sistémicas, incluindo a capacitação de técnicos dos jovens que se encontram em instituições.

Palavras-chave: sintomas de perturbação pós-stress traumático; vinculação ansiosa/evitante; sintomas de internalização e externalização.

Attachment, Post-Traumatic Stress Disorder and Internalization and Externalization Problems in Young at Risk

Abstract

The present study aims to examine whether the levels of anxious/avoidant attachment are related to the PTSS, as well as to test whether internalization and externalization symptoms are associated with PTSS symptoms. It is also intended to test whether the symptoms of internalization and externalization are mediators of PTSS development. **Method:** The sample included 92 young people between 12 and 17 years old, of which 52 (56.5%) were female and 40 (43.5%) male. Sixty young people (65%) were Professional Education students, 2 (2.2%) were part of the Project "Choices" and 30 (32.6%) lived in host institutions and were signaled by the CPCJ. The instruments used were: Socio-Demographic Questionnaire; Questionnaire on Experiences in Close Relationships - Relational Structures (ECR-RS), Skills and Difficulties Questionnaire (SDQ-POR) and the Child PTSD Symptoms Scale-V (CPSS-V). **Results:** The anxious and avoidant connection is correlated with the PTSS. It has also been found that the symptoms of internalization and externalization are correlated with the PTSS. Internalization symptoms proved to be mediators in the relationship between anxious and avoidant attachment and the symptoms of PTSD. However, externalization symptoms have not been shown to mediate the relationship between anxious /evasive attachment and PTSS. **Conclusions:** The practical implications of this study include the contribution to the implementation of prevention and intervention strategies, which should focus on systemic interventions, including the training of technicians of young people who are in institutions.

Keyword: post-traumatic stress symptoms; anxious/avoidant attachment; symptoms of internalization and externalization.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Enquadramento Teórico	1
Teoria da Vinculação.....	1
Vinculação e psicopatologia.....	3
Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD).....	4
Vinculação e PTSD	5
Problemas de Internalização e Externalização e Vinculação	6
Problemas de Internalização e Externalização e PTSD	7
Método.....	8
Participantes.....	8
Medidas	9
Procedimento	10
Análise de Dados	11
Resultados.....	12
Análises Descritivas	12
Análises de Correlação	12
Análises de Mediação	13
Discussão	14
Referências	19

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: <i>Médias e Desvios-Padrão das Variáveis em Estudo</i>	12
Tabela 2: <i>Correlação entre as Variáveis PTSD Score Total e Vinculação Ansiosa/Evitante</i>	12
Tabela 3: <i>Correlação entre as Variáveis PTSD Score Total e Sintomas de Internalização e Externalização</i>	13
Figura 1: Efeito mediador dos sintomas de internalização na relação entre vinculação ansiosa e evitante e PTSS.....	14

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CPSS-V *Child PTSD Symptom Scale*

ECR-RS- Questionário das Experiências nas Relações Próximas

EP- Escolas Profissionais

IA- Instituições de Acolhimento

PTSD- Perturbação Pós-Stress Traumático/*Post-Traumatic Stress Disorder*

PTSS- Sintomas Pós-Stress Traumático/*Post-Traumatic Stress Symptoms*

SDQ- Questionário de Capacidades e Dificuldades

SPSS- *Statistical Program for Social Sciences*

Vinculação, Perturbação Pós-Stress Traumático e Problemas de Internalização e Externalização em Jovens em Risco

Teoria da Vinculação

A teoria da Vinculação foi desenvolvida por John Bowlby. Esta teoria evidencia que os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico inato designado de sistema comportamental de vinculação que os motiva a procurar proximidade com pessoas significativas em momentos de necessidade (Mikulincer & Shaver, 2012). Ao longo da vida, o ser humano vai desenvolvendo diferentes relações de vinculação, inicialmente entre crianças e os seus progenitores e, mais tarde, entre adultos (Bowlby, 1973 citado por Fonseca, et al., 2006). As crianças desenvolvem comportamentos inatos que suscitam a proximidade do cuidador através de emoções, esta proximidade à figura de vinculação tem como finalidade aumentar a segurança e a sobrevivência da criança funcionando como uma base segura para a mesma. O sistema comportamental de vinculação funciona em ligação com o sistema comportamental de exploração, estando a sua ativação subordinada à sensação de disponibilidade, responsividade e segurança da figura de vinculação (Morton & Browne, 1998; Simpson et al., 1996). A figura de vinculação funciona assim como uma base segura para a criança. A criança afasta-se da figura de vinculação e regressa para junto dela, periodicamente, para brincar ou estabelecer um breve contacto, afastando-se novamente para explorar objetos ou interagir com outras relações (Ainsworth et al., 2015). Em situações de adversidade a criança tem que se sentir segura para que seja desativado o sistema de exploração e seja ativado o seu sistema comportamental de vinculação. Nesta fase, o sistema de vinculação apresenta-se dominador perante os outros sistemas, estando este poder relacionado com a necessidade inata de sobrevivência (Bowlby, 1973 citado por Fonseca et al., 2006). Para Bowlby uma interação com as figuras de vinculação baseada na proximidade e no apoio nos momentos de necessidade provoca uma sensação de segurança à criança promovendo representações mentais positivas sobre si e sobre os outros. No entanto, quando não existe uma proximidade com a figura de vinculação e a mesma se demonstra indisponível e não confiável, a criança não se sente segura e modelos negativos sobre si mesma e sobre os outros são formados, aumentando assim a probabilidade de problemas emocionais posteriores (Mikulincer & Shaver, 2012).

Segundo Hazan & Shaver (1987) a vinculação pode ser avaliada em três dimensões, segura, ansiosa e evitante. A sensibilidade de uma figura de vinculação às necessidades da criança no primeiro ano de vida e a sua proximidade são fatores importantes para que a criança desenvolva uma vinculação segura. Figuras de vinculação que são inconsistentes nos seus padrões de interação e que interferem nas atividades da criança podem fazer com que a criança explore menos o ambiente mesmo quando a mãe está presente e, desenvolva sentimentos de raiva e ansiedade. Por sua vez, se a figura de vinculação rejeita consistentemente as tentativas da criança em estabelecer contacto físico, a criança pode aprender a evitá-la e desenvolver comportamentos de desconfiança, independência e distância emocional. Em oposição a estas dimensões mais tradicionais, estudos posteriores na área da vinculação explicitam que a vinculação pode ser melhor contextualizada usando duas dimensões independentes, a ansiedade e o evitamento (Kennedy & Kennedy, 2004).

A conceptualização da vinculação numa escala bidimensional postula que o indivíduo pode pertencer à dimensão ansiosa pontuada de baixa a elevada ansiedade, ou a uma dimensão evitante pontuada de baixo a elevado evitamento. Neste seguimento, pessoas com baixa pontuação nessas dimensões geralmente pertencem à dimensão segura e tendem a utilizar estratégias construtivas e eficazes de regulação de afetos (Mikulincer & Shaver, 2012).

Inicialmente, a teoria da vinculação de Bowlby concentrava-se apenas no vínculo bebé-cuidador. No entanto, o autor reconheceu que os diferentes relacionamentos ao longo da vida podem desempenhar dimensões de vinculação. Com base nessa ideia e numa teoria mais ampla, Hazan e Shaver (1987) propuseram que os laços emocionais criados ao longo da vida entre parceiros assemelham-se aos do vínculo bebé-cuidador proposto por Bowlby. Assim, as dimensões de vinculação podem determinar a forma como o ser humano regula as suas emoções, como pensa sobre os seus relacionamentos interpessoais e os seus objetivos nesses relacionamentos e, como interage e reage à sua perda (Pietromonaco & Beck, 2015).

Neste seguimento, ao longo do seu crescimento, o ser humano desenvolve novas relações de intimidade e com elas podem surgir novas figuras de vinculação (Bowlby, 1973 citado por Fonseca et al., 2006). Existe um grau de consistência nos padrões de comportamento de vinculação na medida em que as crianças crescem, na adolescência e mais tarde na idade adulta (Hunter et al., 2016). As relações amorosas e de amizade podem constituir-se como relações de vinculação se existir uma procura de proximidade, proteção,

prestação de cuidados ou ansiedade perante a ameaça de separação (Bowlby, 1973 citado por Fonseca et al., 2006).

Vinculação e psicopatologia

No decorrer do seu trabalho Bowlby questionou-se acerca da etologia da delinquência nos jovens, muitos dos quais sofreram uma maternidade inadequada, separação aos pais, cuidados insuficientes ou inconscientes de pais ou de profissionais em contextos institucionais, entre outros, no qual ele designou de “privação materna”. Assim, atribuiu que a explicação para o comportamento desorganizado nos jovens tinha a sua origem na infância, especialmente nas relações iniciais com os prestadores de cuidados primários. O trabalho de Bowlby levou a uma rica literatura clínica, na qual a teoria da vinculação é usada para entender a psicopatologia e a intervenção terapêutica (Mikulincer & Shaver, 2007).

A experiência inicial de uma criança pode ser considerada como uma base para o seu desenvolvimento posterior, mas transformada pela experiência subsequente. A psicopatologia e o desenvolvimento normal são concebidos como processos dinâmicos e multideterminados, pela interação de diferentes fatores ao longo do desenvolvimento. De acordo com a teoria da vinculação e de forma consistente com as perspectivas ecológicas, as crianças desenvolvem-se dentro de uma rede de influências que operam em diferentes níveis incluindo o genético, fisiológico, psicológico e ambiental (Luster & Okagaki, 2006). Enquanto alguns fatores influenciam diretamente a criança, outros têm um impacto indireto o que poderá ser o caso da vinculação. O indivíduo é visto como um participante ativo na criação da experiência e a sua experiência anterior é importante para o contexto de desenvolvimento. Para cada novo desafio a criança utiliza as suas experiências anteriores. Assim, a criança e o contexto transformam-se mutuamente (Luster & Okagaki, 2006; Rosenstein & Horowitz, 1996).

Trauma

A adolescência, pode ser um período suscetível ao risco de exposição a acontecimentos traumáticos entre eles, a perda inesperada de um familiar ou amigo, acidentes, violência interpessoal, ferimentos, maus-tratos, violência prolongada na família ou na comunidade, estar exposto a acontecimentos traumáticos que podem ser vivenciados por familiares ou amigos próximos, ou a outras experiências emocionalmente negativas

(Cummings et al., 2017; Ford, 2017). O trauma pode ser definido como uma ameaça percebida de morte, lesão, ou ameaça à integridade física que pode causar sentimentos de medo e impotência, que podem ocorrer durante um único acontecimento, ou como resultado da exposição repetida ao trauma (Dye, 2018). A exposição a acontecimentos traumáticos, pode conduzir a consequências negativas como desregulação emocional, comportamental e cognitiva que pode colocar os jovens em risco de comportamentos agressivos, comportamentos delinquentes, dificuldades na escola e abuso de substâncias. Além disso, a exposição ao trauma na infância tem sido associada à psicopatologia incluindo hiperatividade, depressão, ansiedade, e perturbações de personalidade. Os efeitos do trauma durante a infância podem acarretar consequências na adolescência e na idade adulta, sendo que as crianças que sofreram de trauma na infância apresentam um risco mais elevado de problemas físicos e psicológicos posteriores. Uma das consequências mais comuns são os sintomas de stress pós-traumático, que serão descritos de seguida (Dye, 2018; Ford, et al., 2000; Ford, 2012; Ford, 2017).

Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD)

Após um acontecimento traumático, muitos indivíduos experienciam reações de stress. Contudo, existem situações extremas em que a pessoa não é capaz de lidar de forma funcional com a situação, o que pode levar ao desenvolvimento de Perturbação de Pós-Stress Traumático (*Post-Traumatic Stress Disorder- PTSD*) (Pinto et al., 2012). O diagnóstico foi introduzido pela primeira vez na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM) em 1980 (Miao et al., 2018). A PTSD é uma perturbação psiquiátrica marcada por sintomas de mal-estar psicológico intenso, problemas ou reações fisiológicas intensas, aquando da exposição a estímulos internos ou externos que se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s); Evitamento persistente aos estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s); Alterações negativas nas cognições e no humor; Alterações significativas da ativação e reatividade associada ao(s) acontecimento(s) traumático(s). A perturbação causa um mal-estar significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante (American Psychiatric Association, 2013). Embora uma história de trauma ao longo da vida seja relativamente comum, apenas uma pequena percentagem das pessoas que experencia um acontecimento traumático desenvolve PTSD (Norr et al., 2016). Consequentemente há interesse em identificar os fatores que levam alguns indivíduos a desenvolver PTSD e outros não após a exposição ao trauma (Tamman et al., 2019).

Modelo cognitivo de Ehlers e Clark

Embora a maioria das pessoas seja exposta a um ou mais acontecimentos traumáticos durante a vida apenas uma pequena minoria desenvolve PTSD, dos quais quase metade recupera sem tratamento durante os meses seguintes. O modelo de Ehlers e Clark sugere que a PTSD crônica desenvolve-se se a pessoa que experiencia o acontecimento traumático o processar de forma que represente ameaça. Esta ameaça percebida contém duas causas. Primeiro, as pessoas com PTSD crônico apresentam avaliações excessivamente negativas, isto é, atribuem significados pessoais do trauma e/ou das suas consequências (Beierl et al., 2019). As avaliações negativas são idiossincráticas e geralmente incluem avaliações sobre o eu, como "Eu atraio os desastres" e avaliações sobre as outras pessoas e o mundo "Não se pode confiar nas pessoas" (Ehlers & Clark, 2000). Segundo, a memória do trauma é desarticulada e mal elaborada. A ameaça pode levar a estratégias comportamentais e cognitivas que visam a reduzir a ameaça, no entanto, mantêm os sintomas. Essas estratégias incluem precauções excessivas, utilização de comportamentos de segurança e respostas inadequadas a memórias intrusivas como a supressão de pensamentos, ruminação e dissociação persistente (Beierl et al., 2019). O modelo Ehlers e Clark (2000), evidenciou que o processamento cognitivo durante a exposição ao evento traumático prediz o início de sintomatologia de PTSD, uma vez que influencia as avaliações que a pessoa atribui à experiência e as características da memória.

Vinculação e PTSD

Em resposta a eventos traumáticos, as diferentes dimensões de vinculação podem moldar as percepções e reações dos indivíduos ao acontecimento. O trauma pode levar à mobilização de recursos internos e externos para lidar com o stress e, portanto, as dimensões de vinculação ansiosa/evitante podem desempenhar um papel significativo na vulnerabilidade ao PTSD (March-Llanes et al., 2017). As dificuldades observadas entre pessoas com uma dimensão de vinculação insegura, incluem dificuldades nos relacionamentos interpessoais, na regulação de emoções, em lidar com situações de stress e em procurar ajuda. Estas dificuldades podem aumentar a dificuldade de recuperação da exposição ao trauma e consequentemente aumentar a vulnerabilidade à PTSD (Woodhouse et al., 2015). Por outro lado, as pessoas com uma dimensão segura de vinculação, apresentam uma menor vulnerabilidade ao desenvolvimento de PTSD, uma vez que facilmente procuram ajuda de outras pessoas, apresentam uma maior facilidade na

regulação das suas emoções e utilizam mais recursos internos como a percepção de que a experiência e o medo serão enfrentados (Atkinson & Goldberg, 2003).

Problemas de Internalização e Externalização e Vinculação

O estudo da psicopatologia do desenvolvimento envolve duas formas distintas de desajuste psicológico, os problemas de externalização e os de internalização. Os problemas de externalização envolvem as perturbações de défice de atenção e hiperatividade e os problemas de comportamento e agressão. Por sua vez, os problemas de internalização envolvem ansiedade, depressão e problemas de retraimento social (American Psychiatric Association, 2013).

Os diferentes padrões de vinculação têm sido associados aos problemas de internalização e de externalização na infância e na adolescência. Um padrão de vinculação seguro constitui padrões emocionais e cognitivos que permitem à criança explorar o ambiente, e esses padrões são mantidos, em parte, por pais sensíveis e responsivos. Os pais sensíveis geralmente estão em sintonia com os comportamentos da criança e interpretam os seus sinais de forma eficaz e adequada o que permite que a criança se sinta segura e confiante quando explora novos ambientes sociais. Este sentimento de relacionamento seguro entre pai(s) e filho(s) leva a um ajuste interpessoal e socio-emocional positivo e consequentemente pode-se tornar um fator protetor no desenvolvimento de perturbações (Rubin & Mills, 1991). No entanto, quando as crianças vivenciam estilos de vinculação insegura/ansiosa, poderão desenvolver modelos desadaptativos sobre si e sobre as suas relações interpessoais e uma diminuição da capacidade de a criança enfrentar situações de stress, o que pode aumentar a probabilidade da criança ser exposta a situações adversas e consequentemente desenvolver perturbações de internalização/externalização (Madigan et al., 2013).

As manifestações de ansiedade ou depressão nas crianças podem surgir na inconsistência da resposta do cuidador às suas necessidades. As crianças com pais inconsistentes podem desenvolver ansiedade crónica e uma atitude excessivamente dependente em relação ao cuidador. A constante preocupação em manter a atenção da figura de vinculação pode diminuir a sua exploração ao meio e aumentar a dependência emocional e o isolamento social. (Madigan et al., 2013). No mesmo seguimento, crianças com vinculação evitante são mais propensas a externalizar os seus comportamentos com agressão e hostilidade. Este padrão pode ser formado pela consistente falta de resposta ou rejeição dos pais, desenvolvendo-se como forma de evitamento. Desta forma,

as crianças respondem aos estímulos do meio de forma análoga (Madigan et al., 2013; Rosenstein & Horowitz, 1996; Guttman-Steinmetz & Crowell, 2006).

Problemas de Internalização e Externalização e PTSD

Os jovens com níveis elevados de sintomas de externalização podem apresentar uma maior predisposição para o desenvolvimento de PTSD, uma vez que estes podem não ter a regulação emocional e as habilidades sociais necessárias para controlar as suas reações pós-trauma. O stress, pode prejudicar os processos de autorregulação e outros processos ligados ao funcionamento cortical pré-frontal que já se apresenta vulnerável nos jovens com sintomas de externalização (Haller & Chassin, 2012). Além disso, os adolescentes com elevados níveis de sintomas de externalização podem envolver-se mais facilmente em contextos de risco, aumentando assim o risco de exposição a trauma. No que se refere aos sintomas de internalização, quando pré-existent, estão associados ao desenvolvimento de PTSD após a exposição a trauma, assim como também podem prever a exposição a trauma (Haller & Chassin, 2012; Haller & Chassin, 2014).

Em suma, a vinculação tem um papel indireto na relação com o desenvolvimento posterior de PTSD após exposição ao trauma, pelas vulnerabilidades no que respeita às relações interpessoais, tais como pedir ajuda e na regulação das emoções. No entanto, ainda estão por explorar quais os mecanismos mais importantes que existem entre estas variáveis. Uma possível hipótese é o facto de os problemas de externalização vs. internalização poderem ser potenciais mecanismos que conduzem ao desenvolvimento de PTSD após o trauma. Para além disso, ainda está por explorar qual o papel que cada dimensão (internalização vs. externalização) tem na relação com o desenvolvimento de Sintomas de Perturbação Stress Pós Traumático (*Post-traumatic Stress Symptoms*- PTSS), e não apenas com o “diagnóstico” de PTSD, sabendo-se que uma parte significativa das pessoas expostas ao trauma não desenvolvem PTSD mas um conjunto de sintomas (clusters) que podem ser também desadaptativos e estarem associados a outras patologias (e.g., Giacco et al., 2013; Selaman et al., 2014).

Neste seguimento, o presente estudo procura contribuir para a literatura neste âmbito, tendo como novidade de estudo, explorar o efeito mediador dos sintomas de internalização e externalização na relação entre vinculação ansiosa e evitante PTSS, sendo que, dentro do meu conhecimento e de uma alargada procura científica ainda não existem

estudos validados cientificamente que explorem esta interação. Além disso, outra novidade de estudo é o facto de a amostra utilizada ser uma amostra de jovens em risco.

Assim, o presente estudo tem como objetivo examinar se os níveis de vinculação ansiosa/evitante têm uma relação com o desenvolvimento de PTSS, assim como se os sintomas de internalização e externalização têm relação com o desenvolvimento de PTSS. Pretende-se ainda testar se os sintomas de internalização e externalização são mediadores do desenvolvimento de PTSS após a exposição a trauma. Assim, face ao objetivo estabelecido apresenta-se as seguintes hipóteses do estudo: H1-Espera-se que os jovens com níveis superiores de vinculação ansiosa e evitante apresentam níveis mais elevados de PTSS; H2- Espera-se que os jovens com níveis superiores de sintomas de internalização e externalização apresentem níveis mais elevados de PTSS; H3- Espera-se que os sintomas de internalização/externalização sejam mediadores entre vinculação ansiosa/evitante e PTSS.

Método

Participantes

O presente estudo, inclui uma amostra constituída por 92 jovens, 52 (56.5%) do sexo feminino e 40 (43.5%) do sexo masculino com idades compreendias entre os 12 e os 17 anos ($M = 15.74$, $DP = 1.14$). Dos 92 jovens, 60 (65.2%) são estudantes do Ensino Profissional (EP), 2 (2.2%) estão inseridos no Projeto “Escolhas” e 30 (32.6%) residem em Instituições de Acolhimento (IA) e foram sinalizados pela CPCJ do Norte do país. No que se refere ao grau de escolaridade dos jovens, este varia entre o 6ºano e o 12ºano, sendo a moda correspondente ao 6ºano de escolaridade.

A escolaridade da mãe dos jovens varia entre o 1ºciclo e o ensino secundário, sendo que a moda corresponde ao 2º ciclo. Já a escolaridade do pai dos jovens, varia entre o analfabetismo e o ensino superior, sendo a moda igualmente o 2ºciclo. O rendimento familiar mínimo é correspondente a menos de 250€ e o rendimento máximo é superior a 2000€. Um participante (1.1%), indicou um rendimento menor que 250€, um (1.1%), entre 251€ e 500€, 18 (19.6%) entre 501€ e 750€, 10 (10.9%) entre 751€ e 1000€, 12 (13.0%) entre 1001€ e 1500€, sete (7.6%) entre 1501 e 2000€ e quatro (4.3%) obtém um rendimento familiar superior a 2000€, sendo que 39 (42.4%) dos jovens não responderam.

Medidas

Questionário Sociodemográfico: É constituído por itens de escolhas múltipla, que incluem os dados de identificação do jovem como a idade, sexo, situação ocupacional e dados de identificação dos familiares como o rendimento mensal do agregado familiar e o grau de escolaridade.

Questionário das Experiências nas Relações Próximas – Estruturas

Relacionais (ECR-RS, Fraley et al., 2011; Versão portuguesa Moreira & Canavarro, 2011): É um instrumento constituído por 36 itens de autorrelato, dos quais, cada 9 itens avaliam o relacionamento com as figuras próximas mãe, pai, companheiro e melhor amigo. Esta avaliação é realizada em função de duas dimensões de vinculação ansiedade (3 itens), evitamento (6 itens). Os itens são classificados numa escala *likert* de 7 pontos, que varia entre 1 (discordo totalmente) a 7 (discordo fortemente). A pontuação total da subescala consiste na média dos itens e varia de 1 a 7, pontuações mais altas indicam maior ansiedade ou evitamento de vinculação. A escala revela um alfa de Cronbach de .72 para a escala de evitamento e .91 para a escala de ansiedade. Para a amostra em estudo, obtivemos um alfa de Cronbach de .87 para a escala de evitamento e .93 para a escala de ansiedade.

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-POR Robert Goodman, 1997; Versão Portuguesa: Fleitlich et al., 2005): O SDQ-POR é um questionário de pontos fortes e dificuldades comportamentais em jovens entre os 11 e os 17 anos. O questionário avalia 25 atributos, alguns positivos e outros negativos, divididos nas escalas: sintomas emocionais; problemas de comportamento; hiperatividade e problemas de relacionamento entre colegas. A escala pode ser dividida em sintomas de internalização (sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os pares) e sintomas de externalização (problemas de comportamento e sintomas de hiperatividade). A escala revela um alfa de Cronbach de .82. No presente estudo, obtivemos um alfa de Cronbach de .57 para os sintomas de internalização e .60 para os sintomas de externalização.

Child PTSD Symptom Scale – V (CPSS-V; Gillihan et. al, 2012; Versão Portuguesa: Gillihan et al., 2012; Versão Portuguesa: Pinto et al., 2019). É um instrumento de autorrelato que avalia os sintomas de PTSS em crianças e adolescentes, com idades entre os 8 e os 18 anos, que experienciaram um acontecimento traumático. É composto por 20 itens que são avaliados numa escala tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (6 ou mais vezes por semana/ quase sempre). Existe também um grupo adicional de 7 itens relativos ao

funcionamento diário da criança ou adolescente, que são classificados como ausentes (0) ou presentes (1) produzindo-se assim, uma pontuação total de gravidade variável de 0 a 7. A escala revela um alfa de Cronbach de .80. No presente estudo a escala revelou um alfa de Cronbach de .93.

Procedimento

A proposta de investigação foi submetida à aprovação da Comissão de Ética da Universidade Lusófona do Porto. O *design* do presente estudo é transversal e surge na extensão de um Projeto de Investigação financiado pela FCT em conjunto entre a Universidade do Minho e a Universidade Lusófona do Porto. Inicialmente, realizou-se os contactos com a CPCJ e com as Instituições de Acolhimento para colaborarem na investigação através de via e-mail, telefone ou presencialmente. Sendo o projeto um estudo longitudinal, alguns dos contactos foram realizados a novas instituições, enquanto outros foram realizados a instituições que já tinham sido contactadas previamente, para a fase final, às quais foi solicitado a sua possível continuação no estudo. Para o presente estudo, os contactos estabelecidos com as Escolas Profissionais foram realizados apenas a escolas que já estavam a colaborar no projeto desde a fase inicial. Aos contactos estabelecidos pela primeira vez, inicialmente foi enviado um texto via e-mail adaptado a cada entidade, onde constava o objetivo do estudo e era solicitado o agendamento de uma reunião para a apresentação do projeto. Caso não fosse obtida resposta era estabelecido contacto telefónico ou presencial.

Instituições de Acolhimento

Após a aprovação das IA foram selecionados os jovens com idades entre os 12 e os 17 de acordo com alguns critérios (e.g., estar a frequentar a escola e não possuir nenhum défice cognitivo). De seguida, foi entregue o consentimento informado ao participante e ao seu representante legal, com os objetivos do estudo, método, carácter voluntário da participação e a garantia da privacidade e confidencialidade. Depois de assinados os consentimentos informados, o preenchimento do protocolo é realizado individualmente, numa sala que garanta a privacidade do participante e apenas acompanhado pela investigadora do projeto. Aos jovens que já tinham participado no estudo anteriormente, primeiramente foi estabelecido um contacto com a instituição com o objetivo de

compreender a possibilidade de o jovem continuar a sua colaboração no estudo, depois de aceite o procedimento seguiu de forma igualitária.

Escolas Profissionais

Depois de estabelecido um novo contacto com as Escolas Profissionais acerca da possibilidade de continuarem a sua colaboração no estudo e do agendamento de um dia que não interferisse no bom funcionamento das aulas procedeu-se ao preenchimento dos protocolos, realizado em grupo, e em registo autorrelato numa sala disponibilizada pela escola onde foi garantida a privacidade do participante.

Em todas as instituições, juntamente com o protocolo seguia uma tira com questões acerca do jovem (e.g., nome) e um código representativo do protocolo que o jovem preencheu a fim de conseguir identificar a que participante pertence cada protocolo. No entanto, esta tira nunca foi anexada ao protocolo para que não fosse possível identificar os participantes.

Foi disponibilizado, a todos os jovens o e-mail da equipa de investigação do projeto para que caso existisse interesse em saber os resultados do seu protocolo, poderem contactar a equipa, manifestando esse interesse. No final do preenchimento de cada protocolo, foram realizadas algumas questões individuais ao participante (e.g. como se estavam a sentir), de forma individual, dado a sensibilidade das questões colocadas.

Todos os procedimentos de recolha de dados efetuaram-se de acordo com a lei da Proteção de Dados Pessoais e o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Artigo 7).

Análise de Dados

Para análise dos dados recorreu-se ao programa de tratamento e análise estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (IBM® SPSS®), versão 22.0 para Windows. As análises descritivas foram utilizadas para a caracterização da amostra e das variáveis em estudo. Posteriormente, foram testados os pressupostos de normalidade de distribuição das variáveis, sendo que nas variáveis onde o mesmo não foi cumprido (H1 e H2), foram utilizados os testes de Spearman como alternativa não-paramétrica para examinar a associação entre as variáveis. Posteriormente, recorreu-se ao programa *Process* versão 3.5, para testar o efeito mediador dos sintomas de internalização e externalização, na relação entre vinculação ansiosa/evitante e sintomas de PTSS.

Resultados

Análises Descritivas

Nesta secção são apresentados os dados descritivos das variáveis do estudo. Os resultados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1
Médias e Desvios-Padrão das Variáveis em Estudo.

Variáveis	N	Min	Max	M	DP
Total da Amostra (N=92)					
PTSD Score Total	90	0	72	22.46	17.58
Total Vinculação Ansiosa	92	2	5.83	2.66	0.99
Total Vinculação Evitante	92	1	7	3.08	1.75
Sintomas de Internalização	92	0	16	6.32	3.44
Sintomas de Externalização	92	0	19	7.39	3.52

Nota. N = Participantes; Min = mínimo; Max = Máximo; M = média; DP = Desvio-padrão.

Análises de Correlação

Nesta secção, as análises de correlação permitiram compreender a relação entre as variáveis em estudo.

Relativamente à hipótese espera-se que níveis superiores de vinculação ansiosa/evitante sejam associados a níveis mais elevados de PTSS, foi encontrada associação entre a variável vinculação ansiosa e evitante e a variável PTSS (Tabela 2).

Tabela 2
Correlação entre as Variáveis PTSD Score Total e Vinculação Ansiosa/Evitante.

Variáveis	1	2
1. PTSD Score Total		
2. Vinculação Ansiosa	.338**	
3. Vinculação Evitante	.277**	.361**

Nota. $p < .05^$, $p < .01^{**}$.*

Na hipótese, espera-se que níveis superiores de sintomas de internalização/externalização estejam associados a níveis mais elevados de PTSS, foi encontrada uma associação entre as variáveis sintomas de internalização/externalização e a variável PTSS (Tabela 3).

Tabela 3

Correlação entre as Variáveis PTSD Score Total e Sintomas de Internalização e Externalização.

Variáveis	1	2
1. PTSD Score Total		
2. Sintomas de Internalização	.616**	
3. Sintomas de Externalização	.301**	.327**

Nota. $p < .05^*$, $p < .01^{**}$.

Análises de Mediação

Na hipótese, espera-se que os sintomas de internalização e externalização sejam mediadores na relação entre vinculação e PTSS, a hipótese não foi confirmada.

O efeito direto da vinculação ansiosa nos PTSS foi significativo ($B = 2.92$ SE = .438, $p < 0.001$ CI [2.06, 3.79]), mas perdeu efeito na totalidade ($B = 1.57$, SE = .829 $p = 0.62$ CI [-0.82, 3.22]), quando foi incluído o efeito indireto dos sintomas de internalização ($B = 1.63$, BSE = 0.69 CI [0.41 3.16], verificando-se uma mediação total (Figura 1).

O mesmo resultado verificou-se para a vinculação evitante. O efeito direto da vinculação evitante nos PTSS foi significativo ($B = 2.99$ SE = .437, $p < 0.001$, CI [2.13, 3.86]), mas perdeu efeito na totalidade ($B = 2.22$ SE = 1.45, $p = 0.13$, CI [-.672, 5.10], quando foi incluído o efeito indireto dos sintomas de internalização ($B = 2.80$, BSE = 1.30 CI [0.33-, 5.55], verificando-se uma mediação total (Figura 1).

No entanto, o efeito de medição dos sintomas de externalização entre a vinculação (evitante e ansiosa) e PTSS não foi significativo.

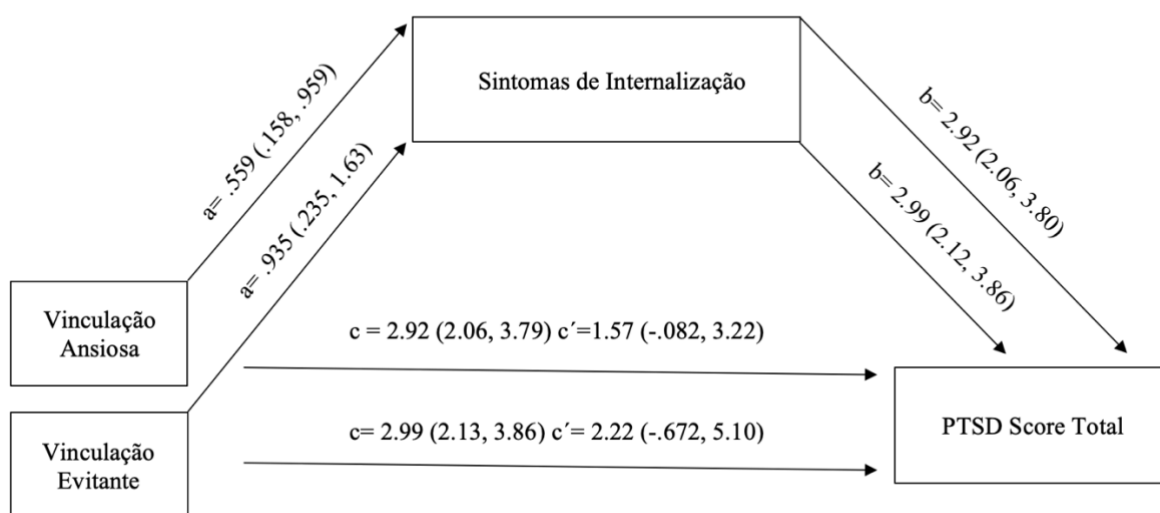


Figura 1. Efeito mediador dos sintomas de internalização na relação entre vinculação ansiosa e evitante e PTSS.

Discussão

O presente estudo, teve como principal objetivo examinar se os níveis de vinculação ansiosa/evitante têm uma relação com os PTSS, assim como se os sintomas de internalização e externalização têm uma relação com os PTSS. Pretendeu-se ainda, testar se os sintomas de internalização e externalização seriam mediadores da relação entre vinculação ansiosa/evitante e PTSS.

Em relação à primeira hipótese, esta confirma-se, uma vez que níveis mais elevados de vinculação ansiosa/evitante foram associados a níveis mais elevados de PTSS. Este resultado, mostra-se congruente com a literatura, uma vez que a mesma evidencia que as dificuldades entre as pessoas com uma dimensão ansiosa/evitante podem incluir dificuldades em procurar ajuda e dificuldades na proximidade com as outras pessoas, o que pode prejudicar a regulação das emoções necessárias para lidar com os PTSS e desta forma, aumentar os sintomas (Ein-Dor et al., 2010; Mikulincer et al., 2015; Muller et al., 2000). Além disso, os jovens com uma vinculação evitante podem utilizar estratégias

comportamentais e cognitivas com o objetivo de reduzir as ameaças (e.g., supressão de pensamentos) mas que, no entanto, podem causar o efeito adverso de manutenção e aumento dos sintomas (Barazzone et al., 2019). Outro fator que pode explicar a associação entre estas variáveis, é o facto de a vinculação ansiosa poder estar associada a uma baixa autoestima. Embora este estudo não tenha avaliado a autoestima, podemos avançar com a hipótese teórica que esta pode ser um dos mecanismos, ao aumentar as autoavaliações negativas pós-traumáticas, e consequentemente aumentar PTSS. No presente estudo, os jovens apresentaram níveis elevados de vinculação ansiosa pelo que a literatura evidencia esta associação entre vinculação ansiosa e baixa autoestima, sendo assim um possível fator explicativo (Arikan et al., 2016; Beierl et al., 2019). Em contraste, PTSS, também podem aumentar a insegurança e o evitamento pelas figuras de vinculação, através da sensação de ausência de ajuda, ausência de proteção e segurança por parte das figuras de vinculação após um acontecimento traumático, o que pode levar a que os níveis de vinculação ansiosa/evitante possam aumentar após a exposição ao trauma e consequente desenvolvimento de PTSS (Mikulincer et al., 2015).

No que concerne à segunda hipótese, a mesma corrobora-se uma vez que níveis superiores de sintomas de internalização e externalização mostram-se associados a níveis superiores de PTSS. Este resultado encontra-se congruente com a literatura, uma vez que esta sugere que sintomas de psicopatologia já existentes podem aumentar o risco de desenvolvimento de PTSS e posterior aumento dos sintomas (Cole & Zahn-Waxler, 1992). Sintomas como, depressão, ansiedade, isolamento social, sintomas de comportamento, dificuldades de atenção e abuso de substâncias, demonstram-se relacionados com a prevalência de PTSS (Gullotta et al., 2014). Estes sintomas, de internalização e externalização, podem representar um risco de desenvolvimento de PTSS após a exposição a acontecimentos traumáticos, uma vez que, segundo a literatura os jovens com sintomas de internalização/externalização podem não ter a regulação emocional e as habilidades sociais necessárias para controlar as suas reações pós-trauma, e consequentemente aumentar o risco de desenvolvimento de PTSS (Haller & Chassin, 2012). No mesmo seguimento, os sintomas de internalização e externalização podem aumentar o risco de exposição a acontecimentos traumáticos e posterior desenvolvimento de PTSS pelas dificuldades que os jovens com estes sintomas podem apresentar a nível comportamental e cognitivo, que podem levar ao seu envolvimento em comportamentos de risco (Haller & Chassin, 2014; Kerig et al., 2010).

No que concerne à terceira hipótese a mesma confirma-se apenas parcialmente uma vez que apenas os sintomas de internalização se mostraram mediadores na relação entre vinculação ansiosa/evitante e PTSS, mas não os sintomas de externalização.

No que se refere aos sintomas de internalização, a literatura demonstra que jovens com história de maltrato e que apresentam uma vinculação ansiosa e evitante para com as figuras de vinculação, desenvolvem, normalmente, crenças e sentimentos de desvalorização, culpa, desconfiança (Cicchetti & Cohen, 1995) e têm poucas competências ao nível da regulação emocional (Cicchetti et al., 1995) o que parece explicar o percurso entre a vinculação insegura e PTSS. Por outras palavras, as crianças organizam os modelos internos de vinculação, que são no fundo representações internas que vão desenvolvendo acerca de si próprias e da sua relação com os outros. Estas representações são desenvolvidas na interação às respostas emocionais e comportamentais com as figuras primárias de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Beck, 2015). Sendo estas representações, sobretudo internas, os sintomas de internalização são o efeito desta representação na interação inadequada com o meio, e que por sua vez vão ter um efeito ainda mais inadequado quando a criança ou jovem é exposta a acontecimentos traumáticos. Estes acontecimentos traumáticos, vão confirmar as representações internas de insegurança, imprevisibilidade e desconfiança que o sujeito foi construindo ao longo do seu desenvolvimento, aumentando assim o risco para desenvolvimento de PTSS (Kerig et al., 2010). No entanto, este percurso de inadequação é apenas uma possibilidade teórica, uma vez que o plano de investigação usado no presente estudo não permite obter evidência longitudinal acerca da relação entre estas variáveis.

Além disso, a literatura tem demonstrado que jovens em risco, nomeadamente devido a questões de pobreza, contextos familiares desadequados marcados pelo baixo envolvimento por parte das figuras de vinculação, parecem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente aos sintomas de internalização e externalização. Este fator, também pode explicar esta hipótese pelo facto de que amostra do presente estudo é constituída por jovens em risco, e segundo a literatura, estes podem ser mais vulneráveis à psicopatologia após exposição a trauma, o que pode aumentar os níveis de sintomas de internalização na interação do sujeito com meio, e consequentemente aumentar o efeito negativo quando a criança/jovem é exposta a acontecimentos traumáticos (Mäntymaa et al., 2012).

Outro fator que pode reforçar a validação desta hipótese, é o facto de jovens que permanecem em contextos institucionais, sendo o caso da amostra do presente estudo (36.2%), apresentarem uma maior probabilidade de desenvolverem sintomas de internalização. Este fator pode dever-se ao facto de uma possível privação das figuras de vinculação por parte dos jovens institucionalizados, o que pode aumentar a vulnerabilidade para este percurso desenvolvimental de risco (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Wiik et al., 2011).

No que se refere, aos sintomas de externalização, no presente estudo, estes não parecem ter um papel mediador da relação entre vinculação ansiosa/evitante e PTSS. A literatura demonstra que os jovens com uma vinculação ansiosa/evitante são mais propensos de externalizar os seus comportamentos com agressão e hostilidade, utilizando estes comportamentos como um mecanismo de procura de atenção, escapamento ou evitamento (Gresham et al., 2001; Haller & Chassin, 2012). Os sintomas de externalização podem ser o efeito destes mecanismos na interação do sujeito com meio, o que pode aumentar a probabilidade para que os jovens respondam aos estímulos do meio de forma análoga, e se envolvam em situações traumáticas, aumentando assim o risco para desenvolvimento de PTSS (Madigan et al., 2013). Estes acontecimentos traumáticos, tal como nos sintomas de internalização, podem confirmar as representações internas que o sujeito foi construindo ao longo do seu desenvolvimento, sobre si e sobre os outros e que já havia manifestado através dos sintomas de externalização (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Haller & Chassin, 2012; Madigan et al., 2013; Mikulincer & Shaver, 2007). No entanto, uma possível explicação para a hipótese nula, poderá ser o facto de a dimensão externalização poder estar a servir como evitamento por parte dos jovens para reduzir os sintomas negativos (Matos, 1999; Gresham et al., 2001).

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e conclusão dos resultados. Uma das limitações encontradas é a possibilidade de existir viés nos relatos retrospectivos de adversidade na infância, uma vez que foram realizadas questões sensíveis, e a recordação está dependente da memória, que poderá ser de algum modo falível ou inexata (Pinto et al., 2015). O facto de amostra ser de jovens adolescentes, poderá aumentar o viés de desejabilidade social na resposta aos itens, uma vez que os jovens podem apresentar o desejo de dar a resposta que consideram mais correta, ou uma resposta ao encontro de desejabilidade social (Rose et al., 2017). Para além

disso, este estudo tem um plano transversal, pelo que qualquer relação causal entre as variáveis deve ser interpretada de forma cautelosa.

Apesar das limitações referidas e dos resultados apresentados, este estudo demonstrou evidência do papel das dimensões vinculação e sintomas de internalização e externalização no desenvolvimento de PTSS. Ao determinarmos a função de um comportamento não adequado, é possível intervir na substituição do mesmo, por outro mais adaptativo (Matos, 1999). Estas evidências, podem contribuir para o desenvolvimento de medidas preventivas nesta população de risco, assim como auxiliar nas medidas interventivas.

Por último, ao longo do estudo é enfatizada a importância das figuras de vinculação ao longo do desenvolvimento, que quando baseadas na proximidade e no apoio provoca uma sensação de segurança à criança/jovem promovendo representações mentais positivas sobre si e sobre os outros (Mikulincer & Shaver, 2012), sugerindo assim a importância de uma intervenção sistémica com os jovens em risco, incluindo a capacitação dos técnicos dos jovens que se encontram em instituições.

Este estudo demonstrou, embora com as limitações referidas, que os sintomas de internalização são mediadores entre a vinculação insegura e o desenvolvimento de PTSS. Por conseguinte, sugere-se que os programas de tratamento e prevenção intervenham nos sintomas de internalização em crianças e jovens expostos ao maltrato e traumas. Se este for o percurso de risco, se não houver intervenção, os jovens estarão a seguir por uma trajetória de risco. No fundo, a vinculação insegura, evitante e ansiosa, poderão ser fatores de risco distais e os sintomas de internalização fatores de risco proximais. Os programas de intervenção devem ter em consideração estas trajetórias e assim contribuir para que os jovens sigam uma trajetória de resiliência.

Para sugestões futuras, seria importante a replicação do estudo para um estudo longitudinal no sentido de validar empiricamente as hipóteses teóricas avançadas nesta dissertação, relativamente aos percursos de risco entre vinculação insegura, sintomas de internalização, exposição ao trauma e maior risco de desenvolvimento de PTSD.

Referências

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- America Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi.
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2016). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009833>
- Atkinson, L., & Goldberg, S. (Eds.). (2003). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Routledge.
- Barazzone, N., Santos, I., McGowan, J., & Donaghay-Spire, E. (2019). The links between adult attachment and post-traumatic stress: A systematic review. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 92(1), 131-147. <https://doi.org/10.1111/papt.12181>
- Beierl, E. T., Böllinghaus, I., Clark, D. M., Glucksman, E., & Ehlers, A. (2019). Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: a prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychological medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002253>
- Cicchetti, D. E., & Cohen, D. J. (1995). *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006301>
- Cole, P. M., & Zahn-Waxler, C.A.R.O.L.Y.N. (1992). Emotional dysregulation in disruptive behavior disorders. In *Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 4, pp. 173-210). University of Rochester press.

- Cummings, K. P., Addante, S., Swindell, J., & Meadan, H. (2017). Creating supportive environments for children who have had exposure to traumatic events. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2728-274. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0774-9>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392. doi: 10.1080/10911359.2018.1435328.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38 (4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 317. <https://doi.org/10.1037/a0019500>
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, portuguese version]. Retrived from <http://www.sdqinfo.org>.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia*, 20 (1), 187-208.
- Ford, J. D. (2017). Complex trauma and developmental trauma disorder in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 7(4), 220-235. <https://doi.org/10.2174/2210676608666180112160419>.
- Ford, J. D., & Hawke, J. (2012). Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention facilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(4), 365-384. <https://doi.org/1080/10926771.2012.673538>
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child maltreatment*, 5(3), 205-217. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1077559500005003001>

- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships–Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23, 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>
- Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2013). Symptoms and subjective quality of life in post-traumatic stress disorder: *a longitudinal study*. PLoS One, 8(4), e60991. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060991>
- Gresham, F. M., Watson, T. S., & Skinner, C. H. (2001). Functional behavioral assessment: *Principles, procedures, and future directions*. School Psychology Review, 30(2), 156-172. <https://doi.org/10.1080/02796015.2001.12086106>
- Gullotta, T. P., Plant, R. W., & Evans, M. A. (Eds.). (2014). Handbook of adolescent behavioral problems: *Evidence-based approaches to prevention and treatment*. Springer.
- Guttman-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440-451. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000196422.42599.63>
- Haller, M., & Chassin, L. (2012). A test of adolescent internalizing and externalizing symptoms as prospective predictors of type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder: *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 691-699. <https://doi.org/10.1002/jts.21751>
- Haller, M., & Chassin, L. (2013). The influence of PTSD symptoms on alcohol and drug problems: Internalizing and externalizing pathways. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 484. <https://doi.org/10.1037/a0029335>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hunter, J., Maunder, R., & Le, T. L. (2016). Fundamentals of attachment theory. In *Improving Patient Treatment with Attachment Theory* (pp. 9-25). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_2

- Kennedy, J. H., & Kennedy, C. E. (2004). Attachment theory: Implications for school psychology. *Psychology in the Schools*, 41(2), 247-259. <https://doi.org/10.1002/pits.10153>
- Kerig, P. K., Becker, S. P., & Egan, S. (2010). From internalizing to externalizing: Theoretical models of the processes linking PTSD to juvenile delinquency. *Posttraumatic stress disorder (PTSD): Causes, symptoms and treatment*, 33, 78.
- Luster, T., & Okagaki, L. (2006). *Parenting: An ecological perspective* (Vol. 2). Routledge.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental psychology*, 49(4), 672. <https://doi.org/10.1037/a0028793>
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Latva, R., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2012). Predicting internalizing and externalizing problems at five years by child and parental factors in infancy and toddlerhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(2), 153-170. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0255-0>
- March-Llanes, J., Marqués-Feixa, L., Mezquita, L., Fañanás, L., & Moya-Higueras, J. (2017). Stressful life events during adolescence and risk for externalizing and internalizing psychopathology: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1409-1422. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0996-9>
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 16(3), 8-18.
- Miao, X. R., Chen, Q. B., Wei, K., Tao, K. M., & Lu, Z. J. (2018). Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Medical Research*, 5 (1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11 (1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Solomon, Z. (2015). An attachment perspective on traumatic and posttraumatic reactions. In *Future directions in post-traumatic stress disorder* (pp. 79-96). https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7522-5_4
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships–Relationship Structures Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 97(1), 22-30. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0774-9>
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11), 1093-1104. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00088-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00088-X)
- Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(2), 321-332. <https://doi.org/10.1023/A:1007752719557>
- Norr, A. M., Albanese, B. J., Boffa, J. W., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2016). The relationship between gender and PTSD symptoms: Anxiety sensitivity as a mechanism. *Personality and Individual Differences*, 90, 210-213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.014>
- Pietromonaco, P. R., & Beck, L. A. (2015). Attachment processes in adult romantic relationships. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, J. A. Simpson, & J. F. Dovidio (Eds.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of personality and social psychology, Vol. 3. Interpersonal relations* (p. 33–64). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14344-002>
- Pinto, A. M., Gonçalves, S. P., & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 49-65.
- Pinto, R. J., Correia-Santos, P., Castro, M., Jongenelen, I., Levendosky, A., & Maia, Â. C. (2019). Assessing Reliability and Validity of the Child PTSD Symptom Scale in Portuguese Adolescents. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 263-269. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100127>

- Pinto, R. J., Fernandes, A. I., Mesquita, C., & Maia, Â. C. (2015). Childhood Adversity Among Institutionalized Male Juvenile Offenders and Other High-Risk Groups Without Offense Records in Portugal. *Violence and Victims*, 30(4), 600–614. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-13-00002>
- Rose, T., Joe, S., Williams, A., Harris, R., Betz, G., & Stewart-Brown, S. (2017). Measuring mental wellbeing among adolescents: A systematic review of instruments. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2349-2362. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0754-0>
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244–253. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.244>
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 23(3), 300. <https://doi.org/10.1037/h0079019>
- Selaman, Z. M., Chartrand, H. K., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2014). Which symptoms of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts? *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 246-251. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.005>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 899–914. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.899>
- Tamman, A. J., Sippel, L. M., Han, S., Neria, Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H. (2019). Attachment style moderates effects of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse on post-traumatic stress symptoms: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20 (4), 289-300. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1376114>
- Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D., & Gunnar, M. R. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 56-63. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x>

Woodhouse, S., Ayers, S., & Field, A. P. (2015). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 103-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.07.002>