



UC/FPCE_2007

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da
escala *Impact of Event Scale – Revised***

Cristina Perestrelo Vieira (e-mail: cristinaperestrelovieira@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Dinâmica e Sistémica
sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da escala *Impact of Event Scale – Revised*

Resumo:

O presente estudo tem como principal objectivo a adaptação da *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)* à população portuguesa. Esta escala resulta da revisão realizada por Weiss e Marmar (1997) da *Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz, Wilner & Alvarez 1979), constituindo-se como uma escala do tipo *Lickert* com 22 itens distribuídos por três factores (activação fisiológica, intrusão e negação). Estes três factores têm por objectivo avaliar o impacto subjectivo de situações traumáticas na vida de um indivíduo.

No estudo aqui reportado, os resultados obtidos, com uma amostra de 185 sujeitos (55 pacientes do Hospital Sobral Cid, 92 estudantes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e 38 sujeitos seleccionados aleatoriamente na cidade do Funchal), evidenciam que a *IES-R* apresenta uma elevada consistência interna para o total (0,923) assim como para o factor activação fisiológica (0,904), intrusão (0,849), negação (0,812) e um *alpha* mais fraco para o factor anestesia emocional (0,523). A validade convergente com a versão portuguesa da *IJS* (Canez, 2007) revela uma relação positiva e estatisticamente significativa. Finalmente, a análise factorial revelou a existência de quatro factores capazes de explicar 61,3 % da variância total: activação fisiológica (8 itens); intrusão (7 itens), negação (5 itens) e anestesia emocional (2 itens).

A *IES-R* revela, assim, uma boa consistência interna e a estrutura factorial é congruente com o modelo teórico subjacente à *IES-R* (Weiss & Marmar, 1997).

Palavras-chave: Trauma, Stress, *Impact of Event Scale – Revised*, versão portuguesa, psicometria.

Traumatic Events: translation and adaptation of the Impact of Event Scale – Revised

Abstract

The present study aims at objective on the adaptation of the *Impact of Event Scale- Revised (IES-R)* to the Portuguese population. This scale arises from the review of Weiss and Marmar (1997) of the *Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), resulting in a *Lickert* type scale with 22 items distributed into three factors (hyperarousal, intrusion and denial). The main objective of these three factors is to evaluate the subjective impact of traumatic situations during one's lifetime.

In the present study, the obtained results from a total sample of 185 subjects (55 patients from Hospital Sobral Cid, 92 students from the Faculty of Psychology and Education Sciences of University of Coimbra, and 38 people selected randomly from the city of Funchal), evidence that *IES-R* has a high internal consistency for the total of scale (0,923) as for the factors

hyperarousal (0,904), intrusion (0,849), denial (0,812) and, a weaker alpha in the factor of numbing (0,523). A convergent validity analyses with *IJS* reveals a positive relation and statistically significance. Finally, the factor analysis reveals the existence of four factors, which explains 61, 3% of the total variance: hyperarousal (8 Items); intrusion (7 Items), denial (5 Items) and numbing (2 Items).

The *IES-R* reveals a good internal consistency and its factorial structure follows closely to the theoretical model subjacent to *IES-R* (Weiss & Marmar, 1997).

Keywords: Trauma, Stress, Impact of Event Scale-Revised, Portuguese version, psychometry.

Agradecimentos

A todos os utentes e profissionais do Hospital Sobral Cid, nomeadamente ao Serviço de Consultas Externas e Internamento Feminino (especificamente ao Dr. Óscar Nogueira, pela incansável disponibilidade na cedência de espaço e recolha da amostra) e ao Serviço de Violência Familiar (especificamente ao Dr. João Redondo e à Dra. Generosa Morais pelo apoio prestado).

A todos os restantes participantes que aceitaram colaborar na investigação, cujo contributo foi fundamental para a realização do presente trabalho.

Aqueles que, lado a lado, participaram neste processo de co-construção do conhecimento.

Ao Professor Doutor Rui Paixão pela orientação e troca de saberes tão importante para a criação do presente trabalho.

Índice

Introdução.....	1
1.1 Stress.....	1
1.2. Trauma.	3
1.2.2. Modelo dinâmico.....	4
1.2.3. Modelo cognitivo e de processamento da informação (Horowitz, 1979).....	8
2. Tradução e adaptação da Impact of Event Scale – Revised.....	
2.1. Características dos instrumentos.....	14
2.2.Objectivos.....	18
2.3.Metodologia.....	18
2.4.Resultados.....	26
2.5.Discussão.....	34
2.6.Conclusões.....	39
Bibliografia	
Anexos	

Parte I: Stress e Trauma

Introdução

O presente estudo tem como objectivo a adaptação da *Impact of Event Scale – Revised* (Weiss & Marmar, 1997) para a população portuguesa. Esta escala visa medir o impacto subjectivo que acontecimentos de vida stressantes têm na vida dos indivíduos, remetendo para a noção de vivências traumáticas e, conseqüentemente, das perturbações do tipo *Stress Pós-Traumático*.

Neste contexto, no trabalho a seguir apresentado procura-se, em primeiro lugar, reflectir sobre os desenvolvimentos teóricos subjacentes à noção de vivências traumáticas, considerando as raízes históricas e os modelos teóricos subjacentes, nomeadamente o modelo dinâmico e, aquele que aqui mais nos interessa, o modelo de Horowitz, base do modelo psicométrico em estudo.

Num segundo momento, procura-se analisar os estudos psicométricos com a escala original (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) e a escala revista (Weiss & Marmar, 1997), bem como os resultados obtidos com a tradução portuguesa da *IES-R*. Estes resultados serão analisados considerando a Análise Factorial de Componentes Principais, com Rotação Varimax, o Alfa de Cronbach para medir a consistência interna e a Correlação de Pearson para as análises correlacionais das dimensões e das escalas *IJS* e *IES-R* (Canez, 2007; Jory, 2004; Weiss & Marmar, 1997).

1.1 Stress

Na sua origem o conceito de stress provém da física, onde é percebido como “uma força externa que produz nos corpos uma reacção de deformação, o *strain*. Esta reacção é proporcional à intensidade de stress, mas também é específica das características (ou elasticidade) dos corpos – isto é, alguns corpos têm reacções de *strain* mais acentuadas que outros.” (Paixão, 2002, 1). Posteriormente, vários autores interessaram-se pela análise do conceito, passando este a ser aplicado, entre outras áreas, ao estudo das reacções do ser humano a situações de tensão. Dos diversos autores que se referenciaram a este conceito, Selye (1980) foi dos primeiros a defini-lo fora da física. Para este autor o conceito de stress representa a propensão do organismo para reagir a diversos estímulos agressivos, constituindo-se como algo natural de todos os organismos que têm que se adaptar ao meio (Serra, 2002). No entanto, ainda antes de Selye, vários autores haviam feito referência ao conceito. Por exemplo, Fechner, em 1848, identificou o princípio do prazer, como princípio chave do funcionamento de todos os seres vivos, assimilando-o ao princípio da conservação da energia enunciado por Robert Meyer e desenvolvido por Hermann von Helmholtz (Paixão, 2002). Em 1895, Claude Bernard salientou a capacidade do sujeito para se defender de estímulos nocivos e proteger-se das variações do ambiente externo (Serra, 2002). No início do século XX, Walter Cannon

identificou a capacidade dos organismos para manter o ambiente interno estável (conceito de homeostase), apesar das modificações do ambiente externo (Serra, 2002). Desta forma, o fenómeno “stressante” pode ser visto como uma vivência comum a todos os organismos que se têm de adaptar ao meio, não sendo algo de específico de um tempo, mas antes uma característica intrínseca à existência (Paixão, 2002). Este seria, de acordo com o mesmo autor, não o resultado linear de um acontecimento factual e externo ao sujeito, mas o produto do conflito intrínseco à existência, resultante da divergência ou oposição entre tendências, a qual é ilustrada, por exemplo, pela tensão proveniente da oposição entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, concebida por Freud. De um modo semelhante, para Lazarus (1984), a vivência de stress resulta da *avaliação* que o sujeito faz do acontecimento, nomeadamente da sensação de que a exigência criada pela situação é superior à sua capacidade de dar resposta à mesma (Serra, 2002). Na perspectiva de Haan (1977), um acontecimento stressante não é muito diferente de outros acontecimentos de vida, simplesmente suscita significados incongruentes com a realidade intrapsíquica do sujeito e provoca emoções nocivas no mesmo. Ainda de acordo com a mesma autora, o conteúdo destes acontecimentos torna-se significativo quando é similar a experiências antigas do sujeito que foram mal resolvidas, ou quando as suas capacidades egóicas não estão desenvolvidas o suficiente para lidar com a situação.

A gestão destes conflitos ou vivências stressantes irá influenciar a estruturação do psiquismo, podendo a tensão servir como “ponto de bifurcação” para o crescimento e maturação psicológica, equiparando-se ao conceito de *eustress* concebido por Selye. Por outro lado, pode desprover o sujeito de meios para lidar com esta tensão, remetendo-o para a vivência de *distress*, conceito igualmente desenvolvido por Selye para representar o stress desagradável e desorganizador do psiquismo (Paixão, 2002). Neste sentido, também Lazarus (1985) afirma a ocorrência de diferentes percepções do acontecimento stressante, podendo este ser percebido como prejudicial ou como um meio para a mudança e crescimento pessoal. Para Haan (1977), um acontecimento torna-se prejudicial ou propulsor de mudança consoante o sucesso dos mecanismos de *coping* na delineação de um plano de acção. Quando tal sucesso é atingido, a resolução da situação de stress promove no sujeito grande satisfação pessoal pela revelação da sua força interna para lidar com o acontecimento, assim como pelo controlo sobre as emoções. Para Serra (2002), a vivência de stress, em doses médias, impulsiona movimentos de reajustamento e resolução da situação perturbadora. De acordo com Doin (2005), a vivência de acontecimentos stressantes pode proporcionar o crescimento individual (a aprendizagem de estratégias mais adequadas para enfrentar situações potencialmente prejudiciais) ou conduzir à entropia, à “desorganização” do mundo interno do sujeito, podendo “originar padrões disfuncionais que tendem a ser reactivos em outras circunstâncias (...) funcionando em graus variáveis de inadequação e alienação da realidade” (Doin, 2005, 6). Neste sentido, Joseph e Linley (2005) afirmam que todo o ser humano tem uma tendência intrínseca para reconstruir as suas *assumpções* acerca do mundo, num

sentido concordante com a nova informação proveniente de acontecimentos stressantes, sendo estes propulsores de uma força intrínseca de auto-actualização e crescimento pessoal.

A par do conflito suscitado por diversas situações de vida stressantes, existem vivências microtraumáticas e macrotraumáticas que se vão repetindo no tempo, assim como acontecimentos isolados, como é o caso da guerra, por exemplo, que geram vivências de grande tensão. Vivências microtraumáticas e macrotraumáticas cumulativas, assim como uma única vivência de um acontecimento gerador de grande tensão, devido às suas consequências, podem remeter-nos para a vivência de fenómenos traumáticos. É, assim, que muitos dos modelos psicológicos sobre os fenómenos traumáticos têm pressuposto uma relação entre estes fenómenos e certo tipo de acontecimentos stressantes, de tal modo que a probabilidade de ocorrência dos primeiros aumenta em função dos segundos. Por exemplo, no estudo realizado por Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995), a prevalência de ocorrência ao longo da vida de, pelo menos, um acontecimento traumático é de 60,7% para os homens e de 51,2% para as mulheres.

1.2 Trauma:

Foram vários os autores que, ao longo da história da humanidade, se interessaram pelo estudo do trauma, tendo sido este conceito alvo de análise em várias áreas científicas. Apesar de existirem diversas abordagens relativas ao trauma, torna-se relevante, neste trabalho, rever alguns dos aspectos fundamentais da abordagem dinâmica do conceito, bem como da abordagem cognitiva, nomeadamente do Modelo de Processamento da Informação de Horowitz (1979).

De um ponto de vista histórico, a ideia de que situações externas e intensas de grande tensão podem estar na origem de reacções traumáticas é algo bastante antigo tendo, inclusivamente, uma das suas primeiras referências no ano de 1900 a.C., quando um médico egípcio identificou a histeria como uma reacção do indivíduo perante um trauma (Veith, 1965).

Posteriormente, aquando da invenção da locomotiva e do surgimento dos primeiros acidentes ferroviários, Waller Lewis (1861) denominaria de *railway spine* (Lasiuk & Hegadoren, 2006)¹ aquilo que outros (Oppenheim, 1889) considerariam sintomas provenientes de traumatismos psicológicos induzidos (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Ao longo do século XIX e XX, foram notórias as diversas descrições psicopatológicas relativas às vivências dos soldados em períodos de guerra (Marshall & Klein, 1999, *cit. in* Serra, 2003), tendo sido descritos, na Guerra Civil Americana, vários quadros clínicos, como a “síndrome de coração irritável” referida por Da Costa (1871) (Lasiuk & Hegadoren, 2006). Na Primeira Guerra Mundial foram descritos por Myers (1915), o *Shell Concussion* (referente aos sintomas de ansiedade resultantes de lesões do Sistema Nervoso Central) e o *Shell Shock* (referente a sintomas provenientes

¹ Esta síndrome seria considerada por este autor como uma síndrome lesional provocada por traumatismo na espinal-medula (Kinzie & Goetz, 1996).

de causas psicológicas). Ainda na Segunda Guerra Mundial foram descritas a “fadiga de batalha”, a “nostalgia”, a “neurose de guerra”, a “exaustação operacional”, a “síndrome de esforço”, entre outras síndromes. Apesar das repercussões destes acontecimentos terem contribuído para aumentar a sensibilidade da população e do mundo científico para este tipo de ocorrências, esta sintomatologia não foi exclusivamente detectada nas experiências de guerra, encontrando-se também presente noutras situações como, por exemplo, em sobreviventes de incêndios graves, em vítimas de violação, em prisioneiros de campos de concentração (Serra, 2003).

1.2.2. Modelo dinâmico

Ao longo dos séculos XIX e XX foram vários os autores que se debruçaram sobre as semelhanças entre a sintomatologia verificada nos soldados com experiência de guerra e nos sujeitos que sofriam de histeria, entre os quais são de salientar Charcot (1887), Janet, Freud (1895) e Breuer (1896) (Lasiuk & Hegadoren, 2006). Destes autores mencionados, destaca-se, nos finais do século XIX e princípios do século XX, Freud (1895, 1914, 1920 e 1926) que se dedicou à análise do impacto psicológico consequente da exposição a situações traumáticas. Para a construção deste modelo, Freud procura na histeria e nas neuroses de guerra os elementos compreensivos e explicativos das reacções psicológicas a estas situações, podendo ambas ser vistas como duas variações básicas das neuroses traumáticas.

- *Freud e desenvolvimento da concepção de trauma*

Num primeiro momento, Freud (1895) dedicou-se ao estudo da histeria. Segundo este autor, a histeria seria uma consequência de vivências traumáticas antigas (datáveis, subjectivamente importantes para o sujeito e determinadas por condições psicológicas especiais), que provocariam um excesso de excitação intracerebral e que, após um período de incubação, acabariam por ser revividas através do ataque histérico, nomeadamente na fase das *“attitudes passionnelles”*, através das alucinações associadas ao trauma. As lembranças ocorridas nestes estados dissociativos poderiam formar, segundo Charcot citado por Freud (1895), uma espécie de *condition seconde* que dominava, por um certo período, a consciência e eram, posteriormente, sujeitas a uma amnésia total. Esta amnésia isolaria do psiquismo estas lembranças, impedindo-as de ser submetidas ao processo de integração psíquica por meio de associação a outras representações ou por ab-reacção, forma esta que se assumia como necessária à cura.

Posteriormente, no período compreendido entre 1895-97, Freud atribui grande importância à teoria da sedução na etiologia da histeria. Esta teoria supõe que o traumatismo ocorre em dois tempos separados. O primeiro momento é caracterizado por Freud como «pré-sexual», no qual o sujeito sofre passivamente (sem qualquer tipo de excitação sexual) uma tentativa sexual por parte de um adulto. O segundo momento ocorre após a puberdade, quando um determinado acontecimento, não necessariamente com significado sexual, evoca, por associação, a recordação do primeiro. Neste sentido, não é o acontecimento em si que produz o afluxo de excitação, mas sim a recordação do mesmo no *après-cup*, na terminologia

dos autores francófonos. Deste modo, o que se torna traumático não é tanto o *acontecimento exterior, mas sim a lembrança que este evoca*, sendo esta a desencadeadora do afluxo de excitação.

Apesar de, ao longo de um certo período, a importância concedida ao acontecimento traumático se ter desvanecido, Freud em 1920 volta a debruçar-se sobre o problema do traumatismo, neste caso ligado às neuroses de guerra. Retoma a importância conferida aos aspectos económicos do trauma, voltando a assumir relevância a vivência de uma situação externa violenta, cuja intensidade leva ao rompimento do escudo protector (sistema para-excitatório) gerando assim desprazer. Nesta situação, o domínio do princípio do prazer no funcionamento psíquico é colocado em segundo plano e todos os esforços vão no sentido de conferir ligações entre as excitações de modo a poderem posteriormente ser descarregadas. Um dos mecanismos mobilizados nesse sentido é a *compulsão à repetição*, que se assume como um instinto conservador, tendente ao restauro de situações antigas por satisfazer, incluindo situações que produzam desprazer. Estas situações podem levar, por meio dos sonhos traumáticos, por exemplo, o sujeito a reviver tais situações penosas (Freud, 1926). A compulsão à repetição é um modo de, por meio da acção, recordar o material reprimido (Freud, 1914) e tem por finalidade despertar ansiedade e preparar o sujeito para lidar com o perigo, capacitando-o de maior controlo e domínio sobre a situação, assim como um modo de ab-reação ao trauma vivido (Freud, 1926).

É em 1926 que a compreensão freudiana sobre os fenómenos traumáticos se consolida, nomeadamente com as novas teorias sobre a angústia. No trabalho de 1926, *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud salienta que o desprazer vivido em situações traumáticas não se relaciona somente com o factor externo, mas também com a emoção que este vai despoletar no sujeito, o qual, segundo Freud (1926), acaba por lembrar situações primitivas de perigo e desamparo. O medo de morte, experienciado em tais situações, associa-se a vários medos vividos ao longo do desenvolvimento, sendo o medo de castração e de abandono do superego protector um exemplo disso. Assim, numa situação traumática passam a convergir perigos externos e perigos internos, os quais geram intensa ansiedade como sinalizadora de perigo e, posteriormente, a repressão².

- Trauma e algumas abordagens pós-freudianas

Tendo sido as perspectivas de Freud um grande contributo para a compreensão dos fenómenos traumáticos e um “trampolim” para o desenvolvimento de diversas leituras sobre o mesmo, vários autores viriam, posteriormente, a desenvolver algumas destas ideias originais.

Diversos autores salientam o mecanismo de compulsão à repetição, como uma das características proeminentes das vivências traumáticas. Hartman (1939), Bibring (1943) e Waelder (1964) estudaram, em separado, este mecanismo. Dividiram-no em duas componentes, uma referente às funções do ego e outra às funções do id. As funções de repetição do ego

² A repressão tem por finalidade fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno como, por exemplo, um afecto ou uma ideia.

consistem num controlo automático e inconsciente sobre um evento antes percebido como perigoso e têm a função de restabelecer a situação anterior ao traumatismo, enquanto que as funções do id são vistas como impulsos agressivos ou tendências inatas para reproduzir certo tipo de estímulos (Doin, 2005; Laplanche & Pontalis, 1970). Para DelMonte (2000), a compulsão à repetição é um mecanismo através do qual são actuadas certas memórias traumáticas, conduzindo à repetição de experiências abusivas ou comportamentos auto-destrutivos, como abuso de substâncias e automutilação. Para Peres, Mercante e Nasello (2005), o mecanismo de compulsão à repetição é muito relevante na medida em que, segundo os autores, este revela, por repetição, o funcionamento dinâmico do psiquismo, possibilitando o acesso a dinâmicas psicológicas inconscientes, orientadoras do comportamento do sujeito. Segundo Doin (2005), deparamo-nos com a compulsão à repetição quando “O ego adulto, com a sua força aumentada, continua a defender-se contra perigos que não existem mais na realidade; de facto ele acha-se compelido a procurar na realidade aquelas situações que podem servir como um substituto aproximado para o perigo original, de maneira a poder justificar, em relação a elas, a manutenção dos seus modos habituais de reacção” (Freud, 1937, *cit. in* Doin, 2005, 1). Ainda de acordo com o mesmo autor, a tendência à repetição de situações traumáticas deve-se, de um modo geral, a três tipos de factores que não são exclusivos e se encontram frequentemente combinados: “repetição derivada de defeitos neuromentais que impedem a superação do padrão repetitivo; repetição com vista à elaboração de tais situações; repetição motivada por funções secundárias, estruturantes, defensivas, narcísicas e prazerosas que o padrão adquiriu” (Doin, 2005, 6).

As consequências provocadas no psiquismo pela vivência de acontecimentos traumáticos foram analisadas por diversos autores. Para Boulanger (2005), por exemplo, uma das consequências das vivências traumáticas é a fragmentação do psiquismo provocada pela ausência de protecção da pele psíquica contra invasões externas, sendo a protecção da pele psíquica considerada, por Garland (2005), o resultado da internalização de boas relações primitivas com o cuidador primário. Nestas situações, de acordo com Boulanger (2005), verifica-se uma alteração no funcionamento psíquico, passando o sujeito a funcionar num registo de equivalência psíquica, no qual a distinção entre realidade interna e externa se perde, tornando-se a realidade externa um reflexo dos pensamentos, fantasias e emoções mais aterrorizantes do sujeito. Também Garland (2005) refere a incapacidade do sujeito para pensar sobre o acontecimento, ocorrendo (em substituição do pensamento) uma oscilação entre vivências de negação e intrusões, as quais, quando a repressão falha, levam ao sobreinvestimento libidinal do ego sobre a realidade (Marucco, 2005) e a um profundo sentimento de perseguição e desconfiança do mundo que o rodeia, levando o ego a não mais viver com a realidade mas antes a proteger-se dela, perdendo nesse caminho a libido, ou seja, a dimensão do desejo. Nas situações de traumas severos, Boulanger (2005) refere que pensamento e realidade se tornam um só, não havendo distinção entre conteúdos mentais e realidade física. De acordo com a autora acima mencionada, estas vivências não

resultam da percepção da realidade externa contaminada por conteúdos inconscientes, mas sim numa invasão do psiquismo pela realidade externa, que encontra os seus equivalentes no inconsciente.

De acordo com Garland (2005), uma das consequências a longo prazo da vivência de acontecimentos traumáticos prende-se com a incapacidade do sujeito para pensar: os estímulos, em lugar de evocarem lembranças, parecem evocar vivências antigas em si mesmas (*flashbacks*), ou seja, de acordo com a noção de equação simbólica de Segal (1957), não mais representam o evento passado mas sim o tornam presente, evocando respostas emocionais e fisiológicas vividas no momento do trauma (Garland, 2005). Também Boulanger (2005) salienta a ocorrência da limitação da percepção, rigidificação dos processos mentais, perda de elasticidade do pensamento e comprometimento da função simbólica. Grand (2000), Pye (1995) e Boulanger (2002, 2003) estabelecem um paralelismo entre o estado psíquico dos sobreviventes de grandes traumas e a posição esquizoparanóide, onde se verifica a perda do *self* como mediador entre a realidade interna e externa, revertendo-se a percepção que o sujeito tem do mundo numa lógica concreta, na qual as palavras se tornam experiências em si mesmas. Boulanger (2005) estabelece igualmente um paralelismo entre o funcionamento psíquico dos sobreviventes de grandes traumas (nos casos mais extremos) com a teoria de Bion (1959), salientando a ausência da função *alpha* na transformação das sensações caóticas persecutórias (sensações somáticas, visuais, auditivas e emocionais) em elementos *alpha*, passíveis de se ligar entre si e de serem pensados, dando-se assim, de acordo com Garland (2005), a perda do continente interno e da capacidade de simbolização. Neste sentido, Caper (1998) introduz a noção de *função antialpha* a qual ocorre quando se verifica uma violenta fusão entre a fantasia e a percepção (Boulanger, 2005).

De acordo com Garland (2005), um indicador da capacidade de recuperação do paciente traumatizado relaciona-se com a natureza da qualidade dos primeiros relacionamentos internalizados, os quais poderão possibilitar o restabelecimento da sensação de segurança, estabilidade e confiança na previsibilidade do ambiente que o rodeia, num momento em que más experiências levam à sensação de abandono, desamparo e intensa vulnerabilidade na relação com o mundo.

Outros autores debruçaram-se sobre a concepção de trauma, o qual, para Marucco (2005), não se prende somente com o trauma no sentido representacional, relacionando-se igualmente com outras problemáticas como, por exemplo, a da identificação, a do trauma social colectivo e a do seu valor ao nível económico e libidinal, entre outras. Para Meshualam-Werebe (2003) o trauma remete-nos para uma ideia de ruptura “onde as palavras não alcançam forma de descrever as experiências vividas, como se uma parte dessa experiência escapasse de toda a subjectivação. O trauma seria o não representado, ou o insuficientemente representado, que afecta sempre o equilíbrio narcisista.” (Meshualam-Werebe, 2003, 39). Para Kirshner (1994), o trauma é encarado como representante da perda ou ameaça de destruição do bom objecto. Segundo Rangell (1967), o trauma corresponde à ruptura, parcial ou completa, das capacidades defensivas do

ego contra os estímulos e à conseqüente ausência de capacidade do ego para reparar tal dano, num período de tempo suficiente para manter a sensação de segurança do sujeito. Na sua generalidade, as diferentes definições do conceito de trauma enfatizam a presença de um agente prejudicial externo, assim como a participação das características individuais de cada sujeito no despoletar do trauma (Doin, 2005).

1.2.3. Modelos cognitivos e de Processamento da Informação (Horowitz, 1979)

Nos vários estudos desenvolvidos durante os séculos XIX e XX, relativamente à sintomatologia verificada nos sujeitos expostos a situações de grande tensão, nomeadamente situações de guerra, verificou-se a passagem de uma focalização dos autores nas vulnerabilidades pessoais na determinação da sintomatologia, para uma posterior focalização nos factores externos, do meio ambiente. É no seguimento desta mudança de paradigma na psiquiatria que o conceito de stress e a influência do meio envolvente começam a ganhar maior relevância na compreensão das vivências traumáticas (Lasiuk & Hegadoren, 2006). Também nas abordagens cognitivas do trauma, o conceito de stress ganhou relevância, tornando-se stress e trauma duas faces de uma mesma moeda.

Com especial relevo, torna-se importante salientar o contributo de Horowitz (1979), particularmente o seu modelo compreensivo sobre o impacto de acontecimentos traumáticos na vida do indivíduo, baseado no processamento da informação.

Segundo Horowitz (1979), o ser humano possui uma série de esquemas cognitivos construídos no passado que irão funcionar, ao longo do desenvolvimento do sujeito, como mapas mentais, linhas orientadoras do modo como este irá interpretar a realidade. Com o passar do tempo, os esquemas construídos no passado irão modelar o modo como o sujeito interpreta o presente e a nova informação recebida ao longo do desenvolvimento, proporcionará a revisão dos esquemas no sentido de uma crescente adaptação à realidade (Horowitz, 1979; Joseph & Linley, 2005). Apesar da necessidade de revisão dos esquemas ao longo do desenvolvimento, a mente parece funcionar, no entanto, no sentido de os manter o mais estáveis possível ao longo desse desenvolvimento (Horowitz, 1979). Quando é necessário estabelecer o equilíbrio entre a informação contida nos esquemas antigos e a nova informação, este nem sempre é fácil e rápido de atingir, principalmente quando se tratam de acontecimentos de vida traumáticos (Joseph & Linley, 2005).

Um acontecimento de vida traumático, segundo Horowitz (1979), corresponde a qualquer evento que afecte a homeostase do sujeito, no sentido de originar estados mentais distintos dos comumente existentes em estado de consciência, suscitando assim uma excepção no modo como a informação desse acontecimento será processada. Nestas situações, em que o sujeito não encontra estratégias para fazer frente à situação e não consegue alterar por meio da acção, torna-se necessário a revisão dos esquemas cognitivos a fim de integrar a nova informação e se adaptar à realidade (Horowitz, 1982).

Todo o processo de compreensão, interpretação e organização da nova informação nos esquemas cognitivos é denominado por Horowitz de *completion tendency* e a sua concretização é morosa, requerendo tempo para a sua elaboração. Nesta fase, o sujeito irá passar por uma série de períodos e vivências diferentes. Ao processo acima mencionado, Janis (1965) dá o nome de *work of worrying*, correspondendo este à acomodação da nova informação, nos esquemas cognitivos, que requer mais tempo de elaboração do que o processo preliminar de assimilação (Haan, 1977). Também Joseph e Linley (2005) salientam a necessidade e imprescindibilidade da acomodação para o conseqüente processo de crescimento através da adversidade.

Num primeiro momento de confronto com o acontecimento traumático, segundo Horowitz (1979), o sujeito irá experienciar desagrado e intensa angústia devido à possível “fragmentação” dos esquemas cognitivos e conseqüente instabilidade na relação com o mundo e com os outros, levando o sujeito a manifestar uma atitude de cólera (Alberto, 1999). Já para Haan (1977) este tipo de emoções, automáticas e espontâneas, não constitui o primeiro mecanismo de resposta ao acontecimento traumático, mas antes uma conseqüência do processo preliminar de assimilação, que suscitará determinada avaliação da situação e conseqüente emoção.

Enquanto a nova informação não for integrada nos esquemas cognitivos, esta, assim como as emoções a ela ancoradas, permanecerá retida na memória activa, facilitando a sua revivência de modo intenso e frequente (Horowitz, 1982). Assim, enquanto o processo de *completion tendency* não for terminado, a nova informação “inscrita” na memória activa irá entrar em constante comparação com aquela contida nos esquemas cognitivos. A discrepância entre ambas irá evocar emoções profundas, tais como medo, raiva e culpa. Estas emoções, devido à sua intensidade, irão accionar os mecanismos de controlo defensivo com vista a prevenir o perigo proveniente da angústia vivida. Quando o controlo falha, assistimos ao aumento da intensidade emocional, re-traumatização e conseqüente ocorrência de estados intrusivos (Horowitz, 1979). Apesar destas vivências serem normais, e ocorrerem em todos os sujeitos que experienciam acontecimentos de vida traumáticos, poderão tornar-se mais intensas e prolongadas, originando a vivência de estados patológicos (Horowitz, 1979).

Devido ao funcionamento psíquico atrás explicado ser, essencialmente, marcado pela **negação** das emoções e informação ancoradas ao acontecimento traumático e conseqüente invasão dos mesmos na consciência (**intrusão**), torna-se relevante analisar de modo mais pormenorizado estes dois conceitos.

- *Negação*:

São vários os autores que se dedicaram ao estudo dos mecanismos de negação. Enquanto que para alguns autores, como por exemplo Freud citado por Laplanche e Pontalis (1970), o processo de negação se diferencia do de repressão (pelo facto do primeiro ser um mecanismo accionado para negar sistematicamente a informação recalcada sempre que esta se aproxima da

consciência³ e, o segundo, para fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável e inoportuno), outros autores, como Jacobson (1957), clarificam a natureza geral destes mecanismos, como defesas contra conflitos intrapsíquicos. Outros autores, como Lazarus (1985), diferenciam o processo de negação do de evitamento, constituindo-se o primeiro como negação, propriamente dita, de certo assunto nas palavras e actos, e o segundo como eliminação no pensamento de tal assunto. Para Horowitz (1979), o processo de negação diferencia-se do de evitamento, na medida em que o primeiro envolve mecanismos conscientes enquanto o segundo envolve a activação de mecanismos inconscientes.

Segundo Horowitz (1979), a fase de negação é marcada pela sensação subjectiva de não ser capaz de sentir emoções, por uma espécie de anestesia emocional, tornando o sujeito pouco reactivo aos diversos estímulos da realidade. A relação do sujeito com os outros e com o mundo é marcada pela rigidificação dos papéis sociais, onde as interacções com os outros se tornam automatizadas e estereotipadas (Horowitz, 1979) ocorrendo, em situações que apelam a uma maior intimidade, um sentimento de estranheza, de vazio emocional (Alberto, 1999). Também Davidson e Foa (1991) referem a ocorrência de “um embotamento geral das reacções que consiste na restrição dos afectos, no desligar-se dos outros, na ausência de projectos pessoais e perda de interesse por actividades que, antes do acontecimento traumático, eram significativas para o sujeito” (Ribeiro, 2001, 81).

De acordo com Horowitz (1982), também os processos de atenção e percepção se encontram perturbados/distorcidos, levando a uma percepção desadequada da realidade e à adopção de atitudes extremistas como, por exemplo, desvalorização ou maximização de certos significados. Por conseguinte, a restrição da atenção conduz à focalização do sujeito, em aspectos relacionados com o acontecimento traumático, em detrimento da centralização em focos actuais. Paralelamente, o estado de alerta encontra-se perturbado, levando o sujeito a experienciar estados de confusão e alguma dificuldade em recordar aspectos relacionados com o acontecimento traumático.

Esta fase caracteriza-se, também, pela rigidificação e inflexibilidade do pensamento, uma debilitada associação de ideias, tornando o seu curso entrecortado, assim como difícil de seguir uma linha condutora e, conseqüentemente, limitado na capacidade de explorar os diversos significados da realidade.

Estes aspectos, segundo Van der Kolt e Saporta (1991), vão interferir com a capacidade do sujeito para explorar, recordar e integrar as memórias do acontecimento, assim como com a capacidade para fantasiar e simbolizar, a qual é essencial para a reconstrução de novos significados.

³ Na obra de Freud, segundo Laplanche e Pontalis (1967, 1998), os termos negação (*verneinung*, no original alemão) e denegação (*verleugnen* ou *leugnen*, no original alemão) podem ter significados diferentes, embora nem sempre seja claro o seu sentido específico. De qualquer modo, a denegação, nos últimos trabalhos de Freud, é utilizada para designar a recusa de uma percepção de uma realidade do mundo exterior. Actualmente, a diferenciação destes conceitos pode ser referenciada à obra de Anna Freud, de 1936, “O Eu e os mecanismos de Defesa”.

A nível fisiológico, a fase de negação é marcada, segundo Kinzie (1989), pela incidência da componente endócrina, caracterizada pela secreção de peptídeos e opiáceos endógenos, com acção ansiolítica e redução dos níveis de agressividade. Assim, perante sucessivas exposições ao acontecimento traumático são produzidos opiáceos endógenos que resultam numa sensação de calma e controlo. No entanto, após a exposição ao acontecimento traumático ter terminado, poderá ocorrer uma diminuição destes opiáceos, o que produz sintomas de abstinência, que incluem ansiedade, irritabilidade, hipervigilância e insónia. Foa, Riggs e Gershuny (1995) verificaram, no seu estudo relativo à sintomatologia de Distúrbio de Stress Pós-Traumático (DSPT), que os sintomas de irritabilidade e agressividade tinham mais *loadings* significativos no factor denominado por anestesia emocional, sendo este dado um possível indicador de que tais sintomas servem para inibir a ansiedade fisiológica. De acordo com os autores acima mencionados, a sintomatologia agrupada e denominada de negação deveria ser alvo de atenção. Dentro do *cluster* negação, os autores salientam a importância de destringir aqueles sintomas que resultam das estratégias persistentes com vista a reduzir o impacto negativo das memórias traumáticas (negação), daqueles que ocorrem quando essas estratégias falham, originando assim um grande desgaste a nível afectivo e despoletando sentimentos de anestesia emocional. Segundo os mesmos autores, estes dois processos (negação e anestesia emocional) envolvem a activação de distintos mecanismos, sendo a negação regulada por estratégias psicológicas e a anestesia emocional por mecanismos mais automáticos.

De acordo com Litz, Orsillo, Kaloupek e Weathers (2000) pouco se estudou e investigou acerca dos défices nas respostas emocionais e dos mecanismos que levam à alternância, entre vivências intrusivas e de negação. No entanto, Litz (1992) afirma que a anestesia emocional não é um indicador de que os sujeitos com vivências traumáticas se tornam incapazes de experienciar e exprimir as suas emoções, mas uma consequência da re-experienciação da vivência traumática, resultando de um défice no processamento emocional subjacente à hiperemotividade suscitada pelo acontecimento, ou seja, estritamente dependente do contexto.

De acordo com Brewin, Dalgleish e Joseph (1996) e da sua Teoria da dupla-representação do DSPT, na qual a memória assume um papel determinante no processamento da informação relativo ao acontecimento traumático, a fase de negação está relacionada com o processamento da memória verbal (VAM), a qual é fundamental no processo de bloqueio/inibição da informação proveniente da memória situacional (SAM). Segundo estes autores, o elevado processamento cognitivo, como a racionalização e a categorização, é essencial para inibir informação proveniente do SAM e para a regulação das emoções (Holmes & Hennesy, 2004). Segundo Borkovec e Inz (1990), no contexto de ansiedade generalizada, as constantes preocupações e sua verbalização servem para suprimir imagens emocionais indesejadas (Holmes & Hennesy, 2004).

Segundo Horowitz (1979) a fase de negação torna-se importante no processo de *completion tendency* na medida em que, em doses médias, permite a redução da ansiedade. Neste sentido também Lazarus (1985) e

Otto Rank (1936), entre outros autores, valorizam o papel da negação como um meio adaptativo no contacto do sujeito com a realidade, salientando o papel da ilusão como necessário ao saudável funcionamento mental (Lazarus, 1985). Vários autores, como Lazarus e Cohen (1973), Davis (1963), Kubler-Ross, (1969), Dinardo (1971), desenvolveram estudos que comprovam o papel adaptativo da negação como um mecanismo essencial para, num primeiro momento, lidar com a situação, na medida em que promove um tempo de preparação para, posteriormente, o sujeito lidar com a situação através de estratégias mais construtivas. A negação torna-se, assim, adaptativa num primeiro momento de confronto com a situação traumática (Lazarus, 1985). No entanto, outros autores referem que a negação desempenha um papel desadaptativo, na medida em que através deste processo a informação traumática passa a constituir-se como um “corpo estranho” no processo de associação psicológica, dificultando a sua transformação através de vivências presentes (Werner, 2007; Linderman, 1944; Bowlby, 1961; Janis; 1958; Werner, 2007; Foa et al., 1995).

- Intrusão:

A fase de intrusão, que surge aquando da falha nos processos de controlo sobre as emoções vividas, é caracterizada por Horowitz (1979) como uma fase na qual ideias e pensamentos relacionados com o acontecimento traumático surgem de modo espontâneo e repetitivo na consciência, encontrando-se esta invadida por uma constante preocupação com o acontecimento traumático. Estas preocupações passam a ser vividas pelo sujeito, de modo muito intenso, podendo conduzir à ruminação e constante reconstrução do acontecimento e levar, por vezes, ao surgimento de alguns fenómenos alucinatorios. Segundo Ribeiro (2001), a intensa actividade cognitiva conduz a uma diminuição da capacidade de concentração e a alterações de memória, chegando por vezes à confusão.

Para Horowitz (1979), os processos de atenção e percepção encontram-se igualmente perturbados, ocorrendo uma maior focalização da atenção em aspectos e ideias relacionadas com o acontecimento, gerando hipervigilância e um excessivo estado de alerta perante o meio envolvente. Consequentemente, a excessiva reactividade aos vários estímulos do meio, incluindo estímulos inofensivos, assim como aos pensamentos relacionados com o acontecimento, conduz o sujeito a uma constante repetição de actos semelhantes aos ocorridos na altura do acontecimento traumático. Esta vivência faz-se acompanhar por reacções de ansiedade e medo, originando estados afectivos muito intensos (Horowitz, 1979), que poderão levar, por exemplo, ao desenvolvimento de vivências depressivas (Taylor et al., 1998).

Quando as vivências intrusivas se tornam muito intensas, acabam por interferir com o quotidiano psicossocial do indivíduo, onde a sua relação com o meio social se torna caótica e desestruturante, marcada essencialmente pelo isolamento social, derivado, entre outros condicionalismos, das grandes dificuldades que estes sujeitos sentem em adaptar-se a situações e pessoas desconhecidas (Alberto, 1999).

Segundo Taylor e colaboradores (1998) a fase de intrusão encontra-se marcada por reacções de conversão, verificando-se, por exemplo, dores de cabeça, desordens gastrointestinais, entre outras.

A nível do funcionamento fisiológico, Horowitz (1979) salienta a ocorrência de perturbações de sono, marcadas pela dificuldade em adormecer (devido à constante intrusão de imagens e pensamentos) e pela ocorrência de pesadelos. Também salienta a ocorrência de um aumento das qualidades sensoriais, tornando-as mais intensas e surgindo repentinamente na consciência. Segundo Kinzie (1989), a resposta inicial de medo a situações reais de perigo transforma-se numa resposta emocional generalizada, onde a hiperactividade, aumento da respiração, suores e tensão muscular ocorre em sequência com o aumento do ritmo cardíaco, da pressão arterial sistólica e da tensão muscular, implementadas pela hiperactividade adrenérgica central. Esta actividade surge como resposta aos episódios de pensamento intrusivo espontâneo.

As alterações no funcionamento fisiológico, assim como no processamento cognitivo do sujeito, suscitam a sensação de perda de controlo sobre o corpo e o processo mental (Horowitz, 1979).

De acordo com Horowitz (1979), a intrusão poderá ter um papel relevante no processo de *completion tendency* na medida em que, quando não muito intensa, permite trabalhar as emoções que originam a ansiedade. Neste sentido, Janis e Mann (1977) assim como Goldstein (1973), Breger (1967), Boulanger (2005), entre outros, afirmam que a intrusão pode ser um modo adaptativo de lidar com acontecimentos stressantes na medida em que possibilita uma antecipação realística das consequências do evento, potenciando a procura de informação e estratégias de *coping* mais eficazes (Lazarus, 1985).

Segundo Horowitz (1979), os mecanismos de controlo, como a inibição e facilitação, permitem, por um lado, inibir o surgimento na consciência de ideias dolorosas e, por outro, facilitar a recordação de memórias necessárias ao processo de integração das mesmas nos esquemas cognitivos. No entanto, quando o processo de controlo falha e se torna desadaptativo, assistimos ao despoletar de diversos quadros patológicos no sujeito, nomeadamente o DSPT, Fobia Simples, Fobia Social, Luto Patológico, Distúrbios Somatoformes, Distúrbios Dissociativos, Abuso de Substâncias, Patologia de Carácter como, por exemplo, Distúrbio de Personalidade *Borderline*, entre outros (Horowitz, 1979; Parson, 1997; Peres, Mercante & Nasello, 2005; Wheeler, 2007).

De um ponto de vista neurológico, vários estudos comprovam que a vivência de experiências traumáticas altera o funcionamento do cérebro e o modo como o mesmo irá responder a subsequentes acontecimentos traumáticos (Boulanger, 2005; Weiss & Faan, 2007; Peres, Mercante & Nasello, 2005). Segundo Weiss e Faan (2007) as alterações cerebrais ocorrem, essencialmente, nas áreas do Sistema Límbico, onde as diferentes alterações neurobiológicas observadas em sujeitos traumatizados se relacionam com os vários sintomas específicos da vivência traumática.

Com base na constatação das fortes ligações entre a vivência de certos acontecimentos traumáticos e o desenvolvimento de determinada sintomatologia psíquica, Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) salientaram a necessidade de construir um instrumento capaz de medir o impacto subjectivo de certos acontecimentos traumáticos na vida das pessoas, visto

que, até à data, os vários estudos realizados neste contexto restringiam-se à medição da resposta aos acontecimentos traumáticos a nível fisiológico como, por exemplo, através da medição de respostas galvânicas da pele, ou da utilização de escalas de auto-resposta baseadas na medição da ansiedade (Weiss & Marmar, 1997).

Parte II: tradução e adaptação da *Impact of Event Scale – Revised*

2.1 Características dos instrumentos:

O *Impact of Event Scale* (Horowitz & colaboradores, 1979), a versão revista (Weiss & Marmar, 1997) e a Escala de Justiça Íntima (*IJS*) (Canez, 2007; Jory, 2004)

Impact of Event Scale e versão revista

A *IES-R* consiste numa revisão, realizada por Weiss e Marmar (1997), da *Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz & colaboradores, 1979). Esta primeira versão da escala visava medir o impacto subjectivo de qualquer situação traumática na vida de um indivíduo, nomeadamente as respostas sintomatológicas ao evento stressante. Em relação às suas características, a *IES* consiste numa escala de auto-resposta, constituída por 15 itens, sete dos quais dedicados à avaliação da presença de sintomas intrusivos (pensamentos intrusivos, pesadelos, emoções e fantasias intrusivas) e os restantes oito à existência de sintomas de negação (embotamento afectivo, evitamento das emoções, situações e ideias relacionadas com o acontecimento traumático). Todos os itens desta escala estão ancorados num acontecimento stressante específico e os respondentes são instruídos a classificar os itens de acordo com uma escala de 4 pontos, correspondentes à frequência com que esses sintomas foram sentidos nos últimos 7 dias. A escala de 4 pontos refere-se a 0 (nem sempre), 1 (raramente), 3 (às vezes) e 5 (sempre).

Apesar da grande utilidade da *IES*, Weiss e Marmar (1997) considerando que a completa medição das respostas a eventos traumáticos implicaria a inclusão das respostas ao nível da activação fisiológica, decidiram incluir, numa nova versão, mais sete itens. Destes sete novos itens, seis referem-se à activação fisiológica e um à intrusão, isto é, à vivência real de *flashback*. Assim, a *IES-R* passa a ser constituída por 22 itens, distribuídos por três dimensões: «intrusão», com 8 itens dedicados à presença de sintomas intrusivos (exemplo: “surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria”); «negação» com 8 itens dedicados à avaliação de sintomas de negação (exemplo: “evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento”); «activação fisiológica» com 6 itens dedicados à avaliação de sintomas de activação fisiológica (exemplo: “tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reacções físicas como transpirar, dificuldades em respirar, náuseas, taquicardia”).

Apesar da *IES-R* ser muito similar à *IES* foram, ainda, efectuadas outras alterações, nomeadamente a divisão do item “*I had trouble falling asleep or staying asleep*” em 2 itens distintos, onde “*I had trouble falling*

asleep” passa a pertencer ao factor activação fisiológica e “*I had trouble staying asleep*” ao factor intrusão. A inclusão do factor activação fisiológica, e do novo item, surgiram como adaptação da *IES* aos critérios da DSM-IV (1994) relativos ao DSPT (Weiss & Marmar, 1997).

A *IES* foi utilizada em múltiplas investigações e estudos como, por exemplo, em vítimas de desastres naturais (Anderson & Manuel, 1994; Carr, Lewin, Carter & Webster, 1992), em situações de vitimização causadas por acidentes (Malt et al., 1994; Arata, Saunders & Kilpatrick, 1991), em adultos abusados sexualmente na infância (Alexander, 1993; Murphy, Kilpatrick, Amic-McMullan & Veronen, 1988), em adultos com filhos abusados sexualmente (Kelley, 1990) e em doentes oncológicos (Cella, Mahon & Donovan, 1990).

As qualidades psicométricas a *IES* foram, também, analisadas em diversos trabalhos, sintetizados na tabela 1. Os estudos referentes à consistência interna da *IES*, por exemplo, revelaram que a escala e os factores que a compõem apresentam uma boa consistência interna (Horowitz et al., 1979; Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982; Pietrantonio, Gennaro, Paolo & Solano, 2002; Sudin & Horowitz, 2002). As correlações entre os factores, por outro lado, apresentam valores elevados mas, segundo Horowitz e colaboradores (1979), não medem as mesmas dimensões. No que se refere à estabilidade da escala, Horowitz e colaboradores (1979) calcularam-na com um intervalo de uma semana e Solomon e Mikulicer (1998) com um intervalo de um ano: em ambos os casos a *IES* apresenta uma boa estabilidade. Quanto à validade de conteúdo, Horowitz e colaboradores (1979) assim como Zilberg e colaboradores (1982) referem que a *IES* apresenta boa validade de conteúdo, no entanto esta também se revela sensível à detecção de mudanças no estado clínico do sujeito ao longo do tempo e à detecção de diferenças entre grupos, nas respostas a eventos traumáticos. Ao nível da validade convergente, Sudin e Horowitz (2002) referem-se a vários estudos nos quais foram detectadas correlações moderadas com outros instrumentos que medem semelhante sintomatologia, indicando que através da *IES* obtemos informação que não é detectada por outros instrumentos. No que se refere à validade de constructo, Horowitz e colaboradores (1979) obtiveram dois grandes *Clusters* finais, um referente aos sintomas intrusivos e o outro aos sintomas de negação. De acordo com a análise factorial realizada por Zilberg e colaboradores (1982), foram inicialmente obtidos três factores, o primeiro capaz de explicar 43,2% da variância, o segundo 12,8% e o terceiro 6,7%. Após uma análise factorial forçada a dois factores, com rotação varimax, verificou-se que um desses factores era relativo à intrusão e outro à negação. De acordo com a análise de componentes principais realizada por Pietrantonio e colaboradores (2002), foram inicialmente extraídos, através de uma rotação varimax, quatro factores. No entanto, os autores só consideraram dois desses factores, capazes de explicar 44,3% da variância acumulada. No mesmo sentido, na revisão feita por Sudin e Horowitz (2002), verifica-se que doze dos estudos realizados corroboram a existência de dois factores e três uma estrutura de três factores, correspondendo o terceiro à anestesia emocional. Outros estudos apontam para a existência de um único factor, o qual, de acordo com

Hendrix e colaboradores (1994), englobaria uma resposta geral de stress, onde se encontram integrados os sintomas intrusivos e de negação (Sudin & Horowitz, 2002).

Tabela 1. Estudos referentes às qualidades psicométricas da IES

Autor do estudo	Consistência Interna			Correlação entre factores	Estabilidade			Validade de constructo
	I.	N.	Total		I.	N.	Total	
Horowitz et al. (1979)			0,82	0,42 ($p > 0.0002$)	0,89	0,79	0,87	2 Clusters
Zilberg et al. (1982)			0,79 a 0,92					2 Factores
Pietrantonio et al. (2002)	0,84	0,71						2 Factores
Sudin & Horowitz (2002)	0,86	0,82		0,63				
Solomon & Mikulicer (1998)					0,56	0,74		

I- intrusão; N.- negação

Em relação às qualidades psicométricas da *IES-R*, que se encontram sintetizadas na tabela 2, verifica-se, também, que esta versão apresenta bons indicadores. Assim, no que diz respeito à consistência interna a *IES-R* apresenta, genericamente, bons níveis de consistência interna para o total da escala, bem como para os diferentes factores que a compõem (Weiss & Marmar, 1997; Creamer, Bell & Failla, 2003; Baumert, Simon, Gundell, Schmitt & Ladwig, 2004; Wu & Chan, 2003; Olde, Kleber, Van der Hart & Pop, 2006; Brunet, St-Hilaire & King, 2003; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos & Vlahos, 2007; Maercker & Schützwohl, 1998). Quanto à estabilidade temporal da *IES-R* (cujos resultados se encontram na tabela 2), Weiss e Marmar (1997) obtiveram, em dois grupos da amostra, diferentes resultados de teste-reteste. O primeiro grupo era constituído por polícias, bombeiros, técnicos de emergência médica e trabalhadores da auto-estrada da Califórnia (N=430) e o segundo grupo por um conjunto de indivíduos que experienciaram o terramoto de Northridge, em Los Angeles, em 1994 (N=146). Neste último grupo, a brevidade do intervalo de tempo inter-avaliações (seis meses) e o facto da experiência ser recente (seis semanas) poderá justificar a ocorrência de coeficientes mais elevados relativamente aqueles obtidos com o primeiro grupo. Wu e Chan (2003) analisaram a estabilidade temporal da *IES-R* com um intervalo inter-avaliações de um mês. Brunet e colaboradores (2003) assim como Maercker e Schützwohl (1998) testaram a estabilidade temporal da escala, com um intervalo inter-avaliações de três meses. Por fim, Mystakidou e colaboradores (2007) usaram como intervalo de tempo uma semana entre as avaliações.

No que se refere à validade de constructo, Weiss e Marmar (1997), através de uma análise de componentes principais com rotação varimax, verificaram apenas um factor capaz de explicar 49 % da variância. Creamer,

e colaboradores (2003), através da análise factorial confirmatória, verificaram que os dados não suportam a existência de três factores sugerindo antes, através da análise factorial exploratória, a existência de um ou dois factores (intrusão, activação fisiológica e negação). Para Wu e Chan (2003) a análise de componentes principais com rotação varimax indica a existência de um único factor, capaz de explicar 45 % da variância. Para Olde e colaboradores (2006) a análise factorial confirmatória não suporta a existência de um ou de dois factores, tornando-se mais consistente a presença de três factores. Neste estudo, o item 14 é recolocado no factor activação fisiológica. Para Brunet e colaboradores (2003) a análise de componentes principais revelou a existência de três factores que explicam 56% da variância total. Mystakidou e colaboradores (2007) obtiveram três factores que explicam 57% da variância. No estudo de Maercker e Schützwohl (1998), a análise factorial revelou a existência de quatro factores que explicam 63,8 % da variância. Foram também realizadas, nos diversos estudos, correlações entre os factores, verificando-se que estas eram estatisticamente significativas (Weiss & Marmar, 1997; Wu & Chan, 2003; Olde & colaboradores, 2006; Brunet & colaboradores 2003).

A validade convergente foi também analisada verificando-se, no estudo de Creamer e colaboradores (2003), uma correlação entre a *IES-R* e a *PTSD checklist* de 0,84. No estudo realizado por Wu e Chan (2003) a correlação obtida entre a *CIES-R* e o *GHQ-20* foi de 0,54 para o factor intrusão, 0,53 para o factor negação e 0,64 para o factor activação fisiológica. No estudo de Olde e colaboradores (2006) as correlações entre a *IES-R* e a *EPDS* (Edinburgh Postnatal Depression Scale) foram de 0,29 para o factor intrusão, de 0,37 para o factor negação e de 0,51 para o factor activação fisiológica. As correlações entre a *IES-R* e a *STAI* (State-Trait Anxiety Inventory) foram 0,30 para o factor intrusão, 0,41 para o factor negação e 0,48 para o factor activação fisiológica. No estudo de Brunet e colaboradores (2003) a *IES-R* apresenta boa validade convergente com o *GHQ-20*, tanto para o total da escala ($r=0,37, p<0,01$), como para a activação fisiológica ($r=0,44, p<0,01$), a intrusão ($r=0,28, p<0,01$) e a negação ($r=0,27, p<0,01$). No estudo de Mystakidou e colaboradores (2007) as correlações entre os factores e a *HAD* (Hospital Anxiety and Depression) foram significativas ($p < 0,01$).

Intimate Justice Scale

A “*Intimate Justice Scale*” (*IJS*) foi utilizada, no presente estudo, para analisar a validade convergente com a *IES-R*, sendo, deste modo, a sua apresentação muito sumária.

A *IJS* é uma escala desenvolvida por Jory em 2004, com base na teoria de Justiça Íntima. Esta teoria pressupõe que muitos aspectos das relações íntimas podem ser entendidos como reflexos do modo como os sujeitos encaram a igualdade, justiça e o cuidado pelo outro. Neste sentido, a *IJS* (Jory, 2004) visa avaliar a violência física e psicológica em termos de dinâmica ética das relações, sendo um instrumento usado na prática clínica para detectar a presença de abuso físico e psicológico.

As qualidades psicométricas da versão portuguesa da *IJS* foram

analisadas numa amostra de 115 sujeitos (Canez, 2007). Os resultados obtidos revelam uma boa consistência interna para o global da escala ($\alpha=0.88$). A análise factorial por componentes principais revela a existência de quatro factores explicativos de 62,75% da variância.

Tabela 2. Estudos referentes às qualidades psicométricas da IES-R

Autor do estudo	Consistência Interna				Correlação entre subescalas			Estabilidade				Validade de constructo
	A.F.	I.	N.	Total	I.-A.F.	I.-N.	N.-A.F.	A.F.	I.	N.	Total	
Weiss & Marmar (1997)	0.79 a	0.82 a	0.84 a		0.87	0.74	0.74	1º:0.59	1º:0.57	1º:0.51		1 factor (49% variância)
	0.90	0.92	0.86					2º:0.92	2º:0.94	2º:0.89		
Creamer, Bell e Failla (2003)				0.96								1 ou 2 factores
Baumert, Simon, Gundell, Schmitt e Ladwig (2004)	0.66	0.80	0.80									
Wu e Chan (2003)	0.83	0.89	0.85		0.83	0.76	0.75	0.76	0.74	0.53		1 factor (45% variância)
Olde, Kleber, Van der Hart e Pop (2006)	0.68	0.84	0.79	0.89	0.58	0.56	0.56					3 factores
Brunet, St-Hilaire e King (2003)	0.81	0.86	0.86	0.93	0.69	0.62	0.56	0.71	0.73	0.77	0.76	3 factores (56% variância)
Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos e Vlahos (2007)	0.85	0.72	0.77									3 factores (57% variância)
Maercker e Schützwohl (1998)	0.79	0.90	0.90					0.66	0.80	0.79		4 factores (63,8% variância)

A.F.- activação fisiológica; I.- intrusão; N- negação

2.2 Objectivos

Tal como já foi referido anteriormente, o objectivo central deste estudo é a tradução para o português da *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)* de Weiss e Marmar (1997) e a avaliação de algumas qualidades psicométricas da versão assim obtida, nomeadamente:

- Validade Factorial;
- Validade de conteúdo;
- Validade convergente;
- Consistência interna.

Como segundo objectivo pretende-se analisar o comportamento da escala ao nível da sensibilidade para detectar diferenças nas respostas aos eventos traumáticos em três grupos definidos para o efeito (grupo “normal”, grupo “clínico” e grupo “traumatizado”).

2.3 Metodologia

2.3.1. Caracterização da amostra

A amostra em estudo é constituída por 185 participantes que já experienciaram, pelo menos, um acontecimento de vida sentido como traumático. Destes, 55 foram avaliados nos serviços de Consultas Externas, de Internamento Feminino e de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid, 92 foram avaliados na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e 38 foram seleccionados, de modo aleatório, na cidade do Funchal.

Estes 185 sujeitos foram divididos em três grupos, nomeadamente n_1 , n_2 e n_3 , utilizando como critério o facto de estarem, ou não, a ser seguidos psiquiatricamente, no período de 24/2 e 28/6 de 2007, pelos serviços de saúde do Hospital Sobral Cid, nomeadamente pelo Serviço de Consultas Externas e de Internamento Feminino (para o grupo n_2) e de Violência Familiar (para o grupo n_3). A divisão dos utentes do Hospital Sobral Cid em dois grupos, nomeadamente o grupo n_2 e n_3 , prende-se com o facto dos utentes do Serviço de Violência Familiar serem uma população potencialmente traumatizada, na medida em que recorreram a este serviço devido a problemáticas relacionadas com violência familiar. As características sociodemográficas e específicas para o estudo dos participantes de cada um destes grupos encontram-se detalhadas nos quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

A população do grupo n_1 é constituída por 130 sujeitos, 96% dos quais de nacionalidade portuguesa. A maioria é do sexo feminino (84%) e apenas 16 % do sexo masculino, tendo uma média de idade de 26 anos (D.P.= 10,270). Destes, a maioria frequenta o ensino universitário (72%) e os restantes 28% exercem uma actividade profissional. Quanto às habilitações literárias, 89% dos sujeitos têm o secundário/curso profissional, 4 % tem formação superior e 6% frequentou o 1º, 2º ou 3º ciclo do ensino básico. Sendo uma amostra maioritariamente estudantil, 77% dos sujeitos são solteiros e os restantes 23% casados, em união de facto, divorciados ou viúvos (Quadro 1).

Os acontecimentos traumáticos seleccionados pelos participantes do grupo n_1 , o tempo que decorreu entre o acontecimento e o momento actual encontram-se detalhados no quadro 2. De salientar, que a maioria dos sujeitos deste grupo (38,5%) seleccionou como acontecimento traumático a morte ou perda de alguém querido.

O grupo n_2 é constituído por 46 sujeitos utentes do Serviço de Consultas Externas e Internamento Feminino, do Hospital Sobral Cid. Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico destes 46 sujeitos, 31 tinham o diagnóstico de Depressão, 9 de Perturbação de Ansiedade, 4 de Perturbação Bipolar, 1 de Fobia Social e 1 de Dependência alcoólica. Ainda relativamente a este grupo, 98 % são de nacionalidade portuguesa, sendo a maioria do sexo feminino (80 %) e apenas 20 % do sexo masculino. A média de idade é de 51 anos (D.P.= 15,465) e muitos deles encontram-se reformados (41%) ou empregados (41%). As habilitações literárias, na sua maioria, são inferiores ou equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico (72%). Quanto ao estado civil, grande parte dos sujeitos são casados (48%) e os

restantes 42% são solteiros, divorciados ou viúvos.

Os dados relativos ao tipo de acontecimento traumático considerado pelos sujeitos deste grupo (n_2), bem como ao tempo decorrido entre o acontecimento e o momento actual, encontram-se detalhados no quadro 4. De salientar, do conjunto dos dados aí referidos, que a maioria destes sujeitos (33%) seleccionou como acontecimento traumático a morte ou perda de alguém querido.

Quadro 1. Características sociodemográficas dos participantes (grupo n_1)

Características	Variáveis	% e n
Sociodemográficas		
Sexo	Feminino	83,8% (n=109)
	Masculino	16,2% (n=21)
Nacionalidade	Portuguesa	91,5 % (n=119)
	Outra	8,5 % (n=11)
Idade	Mínima	19
	Máxima	62
	Média	26,12
	Desvio Padrão	10,270
Nível de escolaridade	3º Ciclo do ensino básico ou inferior	6,1% (n=8)
	Secundário ou curso profissional	89,3% (n=116)
	Licenciatura ou bacharelato	4,6% (n=6)
Local de residência	Aldeia	20% (n=26)
	Vila	16,9% (n=22)
	Arredores de cidade	16,9% (n=22)
	Cidade	46,2 % (n=60)
Estado Civil	Solteiro	76,9% (n=100)
	Casado	13,8% (n=18)
	União de facto	4,6% (n=6)
	Divorciado	3,1% (n=4)
	Viúvo	1,5% (n=2)
Situação profissional	Estudante	69,2% (n=90)
	Trabalhador estudante	3,1% (n=4)
	Trabalhador	27,7% (n=36)
Curso	Ciências e Tecnologia	0,8% (n=1)
	Ciências sociais	70,8% (n=92)

Quadro 2. Características específicas dos participantes do grupo N₁

Tipo de acontecimento e Tempo entre o acontecimento e momento actual	% e n
Morte ou perda de alguém querido	38,5% (n=50)
Doença	29,2% (n=38)
Situação de perigo	12,3 % (n=16)
Outro acontecimento	10% (n=13)
Agressão	2,3 % (n=3)
Fim de um relacionamento afectivo	2,3% (n=3)
Divórcio	1,5% (n=2)
Violência	0,8% (n=1)
Desastre natural	0,8 % (n=1)
Exposição à guerra	0,8% (n=1)
Conflito familiar	0,8% (n=1)
Mudança de residência	0,8% (n=1)
1 a 4 semanas	3,8% (n=5)
1 a 6 meses	13,8% (n=18)
6 meses a 1 ano	18,5% (n=24)
1 a 3 anos	26,9% (n=35)
Mais de 3 anos	36,9% (n=48)

Quadro 3. Características sociodemográficas dos participantes do grupo N₂

Características	Variáveis	% e n
Sociodemográficas		
Sexo	Feminino	80,4% (n=37)
	Masculino	19,6% (n=9)
Nacionalidade	Portuguesa	97,8 % (n=45)
	Outra	2,2% (n=1)
Idade	Mínima	22
	Máxima	76
	Média	51,17
	Desvio Padrão	15,465
Nível de escolaridade	3º Ciclo do ensino básico ou inferior	71,7% (n=33)
	Secundário ou curso profissional	10,9% (n=5)
	Licenciatura ou bacharelato	17,4% (n=8)
Local de residência	Aldeia	52,2% (n=24)
	Vila	17,4% (n=8)
	Arredores de cidade	10,9% (n=5)
	Cidade	19,6 % (n=9)
Estado Civil	Solteiro	16,1% (n=12)
	Casado	47,8% (n=22)
	Divorciado	13,0% (n=6)

Quadro 3. Características sociodemográficas dos participantes do grupo n₂ (cont.)

Características	Variáveis	% e n
Sociodemográficas		
Estado Civil	Viúvo	13,0% (n=6)
Situação profissional	Estudante e Trabalhador estudante	4,4% (n=2)
	Trabalhador	41,3%(n=19)
	Desempregado	10,9% (n=5)
	Reformado	41,3% (n=19)
Curso	Ciências e Tecnologia	4,4% (n=2)

Quadro 4. Características específicas dos participantes do grupo N₂

Tipo de acontecimento e Tempo entre o acontecimento e momento actual	% e n	
Tipo de acontecimento	Morte ou perda de alguém querido	32,6% (n=15)
	Conflito conjugal	17,4% (n=8)
	Doença	15,2 % (n=7)
	Outro acontecimento	15,2% (n=7)
	Divórcio	10,8 % (n=5)
	Conflito familiar	2,2% (n=1)
	Mudança de residência	2,2% (n=1)
	Abuso sexual	2,2% (n=1)
	Exposição à guerra	2,2% (n=1)
Tempo entre o acontecimento e momento actual	1 a 4 semanas	6,5% (n=3)
	1 a 6 meses	10,9% (n=5)
	6 meses a 1 ano	8,7% (n=4)
	1 a 3 anos	17,4% (n=8)
	Mais de 3 anos	56,5% (n=26)

O grupo n₃ é constituído por 9 sujeitos utentes do Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid. Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico verifica-se que todos estes sujeitos sofriam de Depressão associada à vivência de violência conjugal. Em termos de características sociodemográficas, 89 % são de nacionalidade portuguesa, sendo a maioria pertencente ao sexo feminino (78%) e apenas 22% ao sexo masculino. A média de idade é de 38 anos (D.P.= 9,027). A maioria destes sujeitos encontra-se empregada (78%), sendo as suas habilitações inferiores ou equivalentes ao 3º ciclo do ensino básico. Quanto ao estado civil, 33% dos sujeitos são casados ou estão em união de facto, 11% são solteiros e 22% divorciados.

Relativamente ao tipo de acontecimento considerado pelos participantes do grupo n₃, como mais traumático, bem como ao tempo decorrido entre o acontecimento e o momento actual, os dados encontram-se detalhados no quadro 6, sendo de salientar que a maioria destes sujeitos (44%) seleccionou como acontecimento traumático o conflito conjugal.

Quadro 5. Características sociodemográficas dos participantes do grupo N₃

Características Sociodemográficas	Variáveis	% e n
Sexo	Feminino	77,8% (n=7)
	Masculino	22,2% (n=2)
Nacionalidade	Portuguesa	88,9 % (n=8)
	Outra	11,1% (n=1)
Idade	Mínima	30
	Máxima	60
	Média	37,66
	Desvio Padrão	9,027
Nível de escolaridade	3º Ciclo do ensino básico ou inferior	100% (n=9)
Local de residência	Aldeia	66,7% (n=6)
	Arredores de cidade	11,1% (n=1)
	Cidade	22,2% (n=2)
Estado Civil	Solteiro	11,1% (n=1)
	Casado	33,3% (n=3)
	União de facto	33,3% (n=3)
	Divorciado	22,2% (n=2)
Situação profissional	Trabalhador	77,8%(n=7)
	Desempregado	22,2% (n=2)

Quadro 6. Características específicas dos participantes do grupo N₃

Tipo de acontecimento e Tempo entre o acontecimento e momento actual	% e n	
Tipo de acontecimento	Morte ou perda de alguém querido	22,2% (n=2)
	Conflito conjugal	44,4% (n=4)
	Doença	22,2 % (n=2)
	Abuso sexual	11,1% (n=1)
Tempo entre o acontecimento e momento actual	1 a 4 semanas	11,1% (n=1)
	6 meses a 1 ano	22,2% (n=2)
	1 a 3 anos	33,3% (n=3)
	Mais de 3 anos	33,3% (n=3)

2.3.2. Procedimentos

Para medir o impacto que as diversas vivências traumáticas tiveram na população em estudo e validar o instrumento, foi aplicada a *IES-R* (Weiss & Marmar, 1997), a *IJS* (Canez, 2007; Jory, 2004) e um questionário sociodemográfico, com o intuito de recolher alguns dados clínicos e biográficos dos participantes.

O processo de selecção da amostra e aplicação dos instrumentos ocorreu entre os dias 24 de Fevereiro e 28 de Junho de 2007. No que se

refere ao procedimento de selecção dos sujeitos no Hospital Sobral Cid, foi solicitado ao conselho de ética a autorização para a realização da investigação, tendo sido contactados pessoalmente os responsáveis pelos Serviços de Consultas Externas, Internamento Feminino e Violência Familiar, com o intuito de obter o consentimento institucional. A aplicação do questionário sociodemográfico e da escala, nos diversos serviços deste hospital, foi precedida por uma breve entrevista, na qual o investigador se apresentava ao sujeito, explicando de seguida os objectivos da investigação e averiguando a sua disponibilidade para participar na investigação. Caso o sujeito estivesse interessado em participar, era questionado sobre a vivência de um eventual acontecimento traumático na sua vida (“alguma vez viveu um acontecimento que lhe tenha suscitado emoções muito intensas e que, mesmo após algum tempo decorrido, ainda o/a perturbe quando pensa nele?”). A não existência de um destes acontecimentos constituiu-se como critério de exclusão dos sujeitos. Posteriormente, era solicitado ao sujeito a leitura do pedido de consentimento informado e a sua assinatura, seguida de um breve agradecimento pela participação no projecto e de um esclarecimento relativo à confidencialidade e anonimato das respostas, bem como à não existência de respostas certas ou erradas.

Quanto ao processo de selecção dos estudantes universitários, foi solicitada a colaboração de um docente disponibilizando algum tempo lectivo para o preenchimento dos questionários. Para a aplicação do instrumento foi solicitado aos alunos a sua participação na investigação e, de seguida, foram explicados os objectivos da investigação, bem como o critério de exclusão antes referido. A não existência de respostas certas ou erradas foi salientada, assim como a necessidade de responder aos itens de acordo com a opção mais próxima da sua situação.

Os sujeitos seleccionados de modo aleatório na cidade do Funchal foram contactados pessoalmente, no local de trabalho ou na residência. Foi-lhes entregue uma carta de apresentação na qual constavam os objectivos da investigação bem como a relevância da sua participação se preenchessem o critério de inclusão. Nos casos em que tal aconteceu, os sujeitos eram solicitados a participar no estudo mediante a assinatura de uma declaração de consentimento informado. De seguida eram apresentados o questionário sociodemográfico e as escalas acompanhadas das instruções.

Tradução -Retroversão e verificação da versão portuguesa do IES-R

O IES-R é um instrumento originalmente concebido na língua inglesa. Por essa razão, a primeira fase do processo de adaptação passou por um processo de tradução-retroversão e verificação da versão assim obtida. Desta forma, o instrumento original foi estudado recorrendo a dois especialistas da língua Inglesa. Num primeiro momento, um desses especialistas teve como tarefa traduzir para português a versão inglesa da escala. A versão assim obtida foi, posteriormente, retrovertida para inglês pelo segundo especialista. Finalmente, a versão retrovertida foi comparada com o original inglês, não se tendo verificado diferenças significativas entre as versões.

Numa segunda fase, a versão portuguesa foi aplicada a uma amostra

aleatória de pessoas, com o objectivo de verificar a relevância e correcção linguística dos itens, bem como a nitidez das instruções e a adequação do aspecto gráfico. Com base nos resultados obtidos nesta fase do estudo, foram introduzidos alguns pequenos ajustes como, por exemplo, no item 14 que passou de “Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que aconteceu o sucedido” para “Dei por mim a agir e/ou sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu”.

A versão assim obtida foi utilizada num primeiro estudo (pré-teste) com o objectivo de avaliar o desempenho da escala, bem como de uma alteração específica às instruções propostas pelos autores originais. Com efeito, nos estudos originais o “acontecimento traumático” é reportado aos últimos sete dias. Tendo-se verificado, nos ensaios anteriores, a dificuldade de tal critério poder ser aplicado a uma população indiferenciada, do ponto de vista dos acontecimentos traumáticos, decidiu-se alterar a temporalidade destes acontecimentos para os “últimos seis meses”. Esta alteração, pelos seus potenciais efeitos de enviesamento dos resultados, foi estudada comparando dois grupos de sujeitos que responderam ao questionário segundo a instrução relativa aos últimos sete dias (N=25), primeiro grupo, e segundo a instrução relativa aos seis meses (N=25), segundo grupo. Os resultados assim obtidos foram comparados, tendo-se verificado uma maior variância nas respostas dos sujeitos do segundo grupo. Verificou-se, ainda, que os sujeitos do primeiro grupo tendiam a dar respostas mais extremas (maioritariamente próximas de 0 – nem sempre; excepcionalmente próximas de 5-sempre), ao contrário daquilo que se observou no segundo grupo, onde as respostas tendiam mais a centrar-se nos valores intercalares (1- raramente; 3- algumas vezes).

Considerando os resultados obtidos neste pré-teste, decidiu-se, ainda, substituir a escala de 4 pontos por uma de 5 pontos de modo a amplificar este efeito dimensional. Deste modo a escala de resposta passou a ser: 1 – nunca, 2 – raramente, 3 – algumas vezes, 4 – muitas vezes, 5 – sempre.

2.4 Resultados

Médias e desvios-padrão para os itens e factores da IES-R

A análise das características das respostas dos sujeitos, que se encontram sintetizadas na tabela 3, revela que, para os três grupos da amostra, a maioria dos itens tem uma média próxima e superior à resposta central. Os itens com respostas mais próximas e superiores a 4 foram, maioritariamente, para o grupo n_1 os itens 16 e 20; para o grupo n_2 os itens 5 e 22; para o grupo n_3 os itens 11 e 21. Os itens com respostas mais próximas de 1 (nunca) foram, para o grupo n_1 , os itens 17 e 19; para o grupo n_2 os itens 7 e 13; para o grupo n_3 os itens 15 e 19. As médias para o total da *IES-R* demonstram que o grupo n_2 foi aquele que obteve maior pontuação. Quanto às médias dos factores, a activação fisiológica foi aquele que obteve maior pontuação tanto no grupo n_1 como no grupo n_3 . O factor intrusão obteve as pontuações mais elevadas no grupo n_2 . O factor com pontuação

mais baixa foi a anestesia emocional, para os três grupos da amostra.

Tabela 3. Características das respostas aos itens, total e factores nos três grupos da amostra

Itens	Leque	Grupo1 (n ₁ =130) (população normal)		Grupo2 (n ₂ =46) (população clínica)		Grupo3 (n ₃ =9) (população traumatizada)	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
1	1 – 5	3,30	0,947	3,56	0,958	3,33	1,118
2	1 - 5	2,77	1,163	2,78	1,190	3,00	1,322
3	1 – 5	3,05	1,021	3,65	0,848	3,00	1,000
4	1 – 5	2,87	1,207	3,04	1,210	2,55	1,333
5	1 – 5	3,26	1,025	4,00	1,154	2,77	1,201
6	1 – 5	3,16	1,004	3,58	1,066	2,77	0,833
7	1 – 5	2,42	1,112	2,39	1,324	2,22	1,092
8	1 – 5	2,59	1,145	3,52	1,295	3,00	1,414
9	1 – 5	2,90	1,216	3,52	0,809	3,11	1,166
10	1 – 5	2,89	1,136	3,19	1,147	2,33	0,707
11	1 – 5	2,99	0,984	3,84	0,815	3,11	1,054
12	1 – 5	2,70	1,097	3,54	0,689	3,00	0,866
13	1 – 5	2,50	1,065	1,60	0,954	2,00	1,000
14	1 – 5	2,33	1,102	2,82	1,017	2,22	0,833
15	1 – 5	2,72	1,239	2,93	1,254	2,66	1,658
16	1 – 5	3,20	1,111	3,30	1,092	2,88	0,927
17	1 – 5	2,47	1,195	3,56	1,344	2,44	1,130
18	1 – 5	2,78	1,154	2,82	1,121	2,55	1,424
19	1 – 5	2,23	1,139	3,39	0,930	2,33	1,224
20	1 – 5	2,59	1,185	2,71	1,067	2,77	1,092
21	1 – 5	2,87	1,106	3,93	1,041	3,11	1,269
22	1 – 5	2,79	1,172	3,06	1,496	3,22	1,201
Total IES-R		61,49	15,849	70,82	12,726	60,44	15,075
Activação		22,09	7,3151	24,19	6,952	21,11	7,321
Fisiológica							
Intrusão		20,91	5,482	25,08	4,267	20,33	5,291
Negação		13,55	4,163	17,54	3,874	14,77	4,176
Anestesia							
Emocional		4,93	1,813	4,00	1,920	4,22	1,481

1=nunca; 2= raramente; 3=algumas vezes; 4=muitas vezes; 5=sempre

Estrutura factorial

Com o objectivo de analisar a estrutura da escala procedeu-se a uma análise factorial (Tabela 2) com os 22 itens que compõem a versão portuguesa da IES-R. A análise factorial pode ser definida como um conjunto de técnicas estatísticas que procura identificar a correlação entre diversas variáveis (Pestana & Gageiro, 2005) e reduzi-las a um conjunto mais pequeno (Pallant, 2001). Esta técnica pressupõe a existência de um

conjunto de variáveis não observáveis (factores comuns ou variáveis latentes) que expressam o que há de comum nas variáveis originais (Pestana & Gageiro, 2005), ou seja, que explicam estatisticamente a variação e covariação das variáveis originais (Pallant, 2001). Diversas variáveis reflectem diferentes dimensões de um constructo mais geral, sendo objectivo da análise factorial encontrar os factores subjacentes a um determinado grupo de variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

Previamente à execução da análise factorial, procedeu-se à exploração das características necessárias para a sua realização, nomeadamente o tamanho da amostra, o determinante da matriz, o *MSA*, o teste de esfericidade de Bartlett e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin. A amostra do estudo, apesar de reduzida, revela-se adequada (Pallant, 2001); o baixo valor do determinante de matriz (0,00000453) indica a existência de correlações entre as variáveis que não se encontram, no entanto, linearmente dependentes; os valores de *MSA* obtidos são todos superiores a 0,5 indicando a viabilidade da análise factorial; o teste de esfericidade de Bartlett é significativo ($\chi^2=2163,426$, $p<0,0001$) e o valor do teste de Kaiser-Meyer-Olkin é de 0,91, excedendo o valor mínimo recomendado de 0,6 (Tabachnick & Fidell, 1996 *cit. in* Pallant, 2001).

Na Análise de Componentes Principais⁴ para os 185 sujeitos, os valores dos itens não respondidos foram substituídos pela média. Os critérios tidos em conta na escolha da estrutura factorial final foram os seguintes: a) análise da curva de inflexão no *scree plot*; b) validade convergente de cada item com o factor que satura, ou seja, uma carga factorial desse item no hipotético factor superior a 0,30; c) validade discriminante, considerando que um item satura apenas num factor. Nas situações em que um item saturava em mais do que um factor foi escolhido o valor com magnitude superior, respeitando os critérios teóricos; d) a percentagem de variância total que é explicada por cada solução factorial; e) a coerência de cada solução factorial, ou seja, a não existência de discrepâncias incompatíveis entre os itens e o hipotético factor com a solução teórica original; f) existência de, no mínimo, dois itens em cada factor. Para a definição dos factores escolheu-se uma rotação ortogonal, procedimento varimax, com normalização de Kaiser (*eigenvalue* igual ou superior a 1).

O critério de Kaiser e a curva de inflexão no *scree plot* apontam para a existência de quatro factores. Contudo, considerando que o constructo original de Weiss e Marmar (1997) apontava para a existência de três factores e para o facto de estes não se terem confirmado aquando da análise factorial (que evidenciou apenas um factor), decidiu-se realizar uma rotação varimax forçada a três factores no sentido de verificar a coerência teórica dos resultados obtidos. Nesta situação voltou a evidenciar-se a existência de um factor não obtido pelos autores originais, mas referenciado noutros

⁴ O método de extracção de componentes principais é, segundo Pestana e Gageiro (2005), “um procedimento estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais, que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados” (p. 488).

estudos (Maercker & Schützwohl, 1998). De qualquer modo, apesar de se ter verificado que este terceiro factor não apresenta uma grande coerência com o constructo teórico subjacente, considerou-se como melhor opção a solução de quatro factores. A estrutura factorial obtida (Tabela 5) revela três factores mistos, que não correspondem exactamente aos factores encontrados nos estudos originais, mais um novo factor (quarto factor). Nesta estrutura verifica-se, ainda, a existência de vários itens complexos com saturações elevadas em mais do que um factor.

Os 4 factores explicam 61,3% da variância total. O factor 1, constituído por oito itens, explica 40,1% da variância total e 40,1% da variância comum e foi denominado de activação fisiológica, na medida em que avalia as sensações fisiológicas activadas pela revivência do acontecimento traumático. O factor 2 (7 itens) explica 9,3% da variância total e 49,4% da variância comum, tendo sido denominado por intrusão, visto caracterizar as vivências intrusivas consequentes da exposição a um acontecimento traumático. O factor 3, constituído por cinco itens, explica 6,6% da variância total e 55,9% da variância comum, denominando-se por negação, pois caracteriza a resistência dos sujeitos a confrontarem-se com as situações traumáticas. O factor 4, constituído por apenas dois itens, explica 5,2% da variância total e 61,3% da variância comum. É denominado por anestesia emocional, adoptando a denominação de Foa e colaboradores (1995), visto caracterizar o desgaste afectivo e consequente anestesia emocional associada ao acontecimento.

O factor com maior poder explicativo é a activação fisiológica, o qual se assume como o grande factor da escala (40,130% da explicação total da variância). Neste factor os itens apresentam, na sua maioria, cargas factoriais superiores a 0,60. O factor com menor poder explicativo é o factor anestesia emocional (5,293%), constituído por itens com cargas factoriais superiores a 0,70.

A análise da correlação entre os factores nos três grupos da amostra (tabela 6), revela que estes se correlacionam de modo diferente entre os grupos. No grupo n_1 todos os factores têm correlações significativas e positivas entre si. No grupo n_2 apenas o factor activação fisiológica se correlaciona de modo significativo com o factor intrusão e o factor negação. No grupo n_3 existe, apenas, uma correlação significativa entre os diversos factores, sendo esta entre o factor activação fisiológica e intrusão.

Tabela 4. Análise factorial, saturação dos factores por escala e comunalidades

Factor	Itens	Cargas factoriais				h ²
		F1	F2	F3	F4	
I – Activação	2. Tive grandes problemas de sono	0,733	0,357	0,038	0,214	0,711
	4. Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	0,668	0,162	0,298	0,023	0,562
	10. Estava com os nervos “à flor da pele”	0,726	0,189	0,292	-0,025	0,649
	15. Tive dificuldades em adormecer	0,779	0,333	0,099	0,186	0,761
	16. Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes	0,637	0,467	0,035	0,196	0,664
relativos ao acontecimento						
Fisiológica	18. Tive problemas de concentração	0,792	0,214	0,191	0,103	0,720
	19. Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reacções físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia	0,579	0,436	0,207	-0,208	0,612
	20. Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento	0,492	0,350	-0,003	0,357	0,492
II – Intrusão	1. Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	0,269	0,655	0,105	0,051	0,515
	3. Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	0,293	0,703	0,156	0,126	0,620
	5. Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	-0,004	0,539	0,506	0,118	0,560
	6. Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	0,371	0,643	0,154	0,182	0,608
	9. Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	0,384	0,656	0,193	0,204	0,657
	14. Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	0,430	0,513	0,210	0,220	0,540
	21. Senti-me atento e/ou cauteloso	0,240	0,627	0,229	-0,315	0,602
III – Negação	8. Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento	0,108	0,202	0,802	0,115	0,709
	11. Tentei não pensar sobre o sucedido	0,460	0,180	0,822	0,080	0,716
	12. Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	0,289	0,328	0,546	0,138	0,509
	17. Tentei apagar o acontecimento da minha memória	0,181	0,153	0,717	-0,103	0,581
	22. Tentei não falar sobre o acontecimento	0,352	-0,113	0,569	0,155	0,484
IV – Anestesia Emocional	7. Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real	0,097	0,187	0,185	0,744	0,632
	13. Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	0,140	0,017	0,049	0,739	0,569
Eigen value		8,828	2,048	1,434	1,165	
Var. total		40,130%	9,307%	6,518%	5,293%	

F=Factor; h².=Comunalidade

Tabela 5. Correlações entre os factores nos três grupos da amostra*A.F. – activação fisiológica; I – intrusão; N. – negação; A.E. – anestesia emocional*

	Grupo1 (população normal)	Grupo2 (população clínica)	Grupo3 (população traumatizada)
AF. – I.	0,787(*)	0,624(*)	0,667(*)
A.F. – N.	0,525(*)	0,321(*)	0,491
A.F. – A.E.	0,405(*)	0,260	0,216
I. – N.	0,552(*)	0,261	0,637
I. – A.E.	0,458(*)	0,222	0,500
N. – A.E.	0,449(*)	0,021	0,292

* Correlação significativa ao nível 0,05 (2-tailed).

Estudo da consistência interna dos itens

A consistência interna, de acordo com Pestana e Gageiro (2005), define-se como “...a proporção de variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos”. Neste sentido, uma escala é consistente na medida em que os seus itens explicam um dado conceito, ou seja, expressam a sua homogeneidade em torno da variável latente que procuram representar. Para estudar a consistência interna da escala, além do *alpha* de Cronbach para os factores e total da escala (tabela 7), verificou-se a contribuição de cada factor e itens para o resultado total, através das matrizes correlacionais.

As correlações entre os diferentes factores e o resultado total para os três grupos da amostra, a correlação entre cada item e o somatório total corrigido⁵ da escala e o *alpha* de Cronbach para o conjunto dos itens⁶ encontram-se nas tabelas 7 e 8.

Tabela 6. Valores do *alpha* de Cronbach para os factores do instrumento

Factores	Itens	Valor do <i>alpha</i>
Activação Fisiológica	2, 4, 10, 15, 16, 18, 19, 20	0,904
Intrusão	1, 3, 6, 9, 14, 21	0,849
Negação	5, 8, 11, 12, 17, 22	0,812
Anestesia Emocional	7, 13	0,523
Escala TOTAL	22 Itens	0,923

O valor total do *alpha* de Cronbach é de 0,923. No que aos factores diz respeito oscila entre 0,523 e 0,904. Considerando o valor crítico de *alpha*=0,70, proposto por Nunnaly (1978), para se reterem estimativas adequadas da representatividade dos itens em cada factor, verifica-se que a maioria é superior a este valor. O factor mais consistente é a “activação fisiológica”, seguido do factor “intrusão” e do factor “negação”. Refira-se, ainda, que o factor com valor inferior de *alpha* (anestesia emocional) é

⁵ Esta correcção implicou a subtracção do valor do item ao total a correlacionar com esse item.

⁶ Neste caso, apresentam-se, também, os resultados que se obteriam se o *alpha* de cada item não entrasse na equação.

aquele que possui um número mais baixo de itens (2), pelo que se pode atribuir a sua menor homogeneidade a este facto. Neste sentido, torna-se mais apropriada a análise da média de correlação inter-item (0,354), que apresenta um valor aceitável, segundo Briggs e Cheek (Pallant, 2001). Os valores de *alpha* de Cronbach obtidos permitem verificar que a maioria dos factores são aceitáveis e admissíveis, demonstrando uma consistência interna satisfatória para os factores do inventário, bem como para o total.

Tabela 7. Correlação entre a nota total do instrumento e a das notas dos factores que o compõem, nos três grupos da amostra

A.F. – activação fisiológica; I – intrusão; N. – negação; A.E. – anestesia emocional

	Grupo1 (população normal)				Grupo2 (população clínica)				Grupo3 (população traumatizada)			
	A.F.	I.	N.	A.E.	A.F.	I.	N.	A.E.	A.F.	I.	N.	A.E.
	Total	0,91	0,90	0,74	0,57	0,89	0,78	0,60	0,43	0,87	0,90	0,76

As correlações entre os factores e o total da escala nos três grupos são significativas ($p < 0,05$), excepto para o grupo n_3 onde o factor anestesia emocional não se correlaciona de modo significativo com o total obtido nesse grupo. Para o grupo n_1 e n_2 o factor activação fisiológica é o que mais se correlaciona com o resultado total e, no grupo n_3 é o factor intrusão o que mais se correlaciona com o total. No grupo n_1 e n_2 o factor anestesia emocional é aquele que menos se correlaciona com o total obtido em cada grupo. No grupo n_3 a negação é aquela que evidencia uma menor correlação com o total obtido nesse mesmo grupo.

Tabela 8. Valor do alpha sem o item e correlação entre cada item e o resultado total

Item	Valor do <i>alpha</i> sem o item	Correlação entre cada item e o total
1	0,920	0,559
2	0,917	0,694
3	0,919	0,642
4	0,919	0,614
5	0,921	0,513
6	0,918	0,669
7	0,924	0,369
8	0,921	0,535
9	0,917	0,713
10	0,918	0,661
11	0,921	0,484
12	0,919	0,608
13	0,926	0,244
14	0,918	0,668
15	0,916	0,733
16	0,918	0,692
17	0,922	0,460

Tabela 8. Valor do *alpha* sem o item e correlação entre cada item e o resultado total (cont.)

Item	Valor do <i>alpha</i> sem o item	Correlação entre cada item e o total
18	0,917	0,700
19	0,919	0,620
20	0,920	0,544
21	0,921	0,497
22	0,923	0,409

O valor total do *alpha* de Cronbach varia pouco com a retirada de qualquer um dos itens do inventário, revelando a homogeneidade dos itens na avaliação do constructo geral que lhes subjaz. A variação do *alpha*, na maioria dos casos, corresponde a uma diminuição do mesmo, exceptuando aquilo que acontece com o item 7 e 13 que o fazem aumentar (Tabela 7). As correlações entre os itens e o total da *IES-R* são, na sua maioria, moderadas, significando que cada item explica algo específico, apesar de ter uma parte comum com os restantes.

Validade

Apesar de não se ter realizado o cruzamento da *IES-R* com outras escalas que meçam especificamente o mesmo constructo, muito em consequência da ausência deste tipo de instrumentos devidamente adaptados para a população portuguesa, foi utilizada a *I.J.S.* para verificar convergência entre as vivências de violência nas relações afectivas e o impacto potencialmente traumático que estas possam ter. Os resultados obtidos com a *IES-R* e a *IJS*, em 92 sujeitos do grupo n_1 , revelam que estas se correlacionam de modo positivo e estatisticamente significativo ($r = 0,374$, $p < 0,01$).

Quanto à validade de conteúdo da *IES-R*, podemos observar que, para os três grupos da amostra, a maioria dos itens tem uma média próxima e superior à resposta central, revelando estes dados que todos os sujeitos, enquanto grupo, vivenciaram tais episódios. Ainda neste sentido, para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas à *IES-R*, consoante o tipo de acontecimento seleccionado ou o tempo que mediou o acontecimento e o momento actual, procedeu-se à análise à variância com o teste de *Levene*. Os valores obtidos foram superiores a 0,05 para o total da escala, o que indica a admissão da homogeneidade das variâncias e assim a utilização da *ANOVA* para comparar as médias entre os grupos. Verificou-se que não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, nas respostas à escala, consoante o tipo de acontecimento seleccionado, tanto para o grupo n_1 $F(7, 122) = 0,8$, $p = 0,5$, como para o grupo n_2 $F(9, 36) = 0,9$, $p = 0,5$ e para o grupo n_3 $F(3, 5) = 0,1$, $p = 0,9$. Também não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, nas respostas à escala, entre o tempo que mediou o acontecimento e a administração da *IES-R*, tanto para o grupo n_1 $F(4, 125) = 0,5$, $p = 0,7$ como para o grupo n_2 $F(4, 41) = 2,1$, $p = 0,09$ e para o grupo n_3 $F(3, 5) = 0,8$, $p = 0,5$. Estes resultados revelam que o conteúdo da experiência traumática (reflectido nos diversos itens da escala) é similar a

todos os sujeitos, sendo independente do tipo de acontecimento seleccionado ou do tempo que mediou o acontecimento e o momento actual.

A *IES-R* revelou ser sensível à detecção de diferenças, entre grupos, nas respostas a eventos traumáticos. Apesar das situações colocadas pelos diferentes itens terem sido, de algum modo, vivenciadas pela maioria dos sujeitos da amostra (média= 61,5 e D.P.= 15,84 do grupo n_1 ; média= 70,8 e D.P.= 12,72 do grupo n_2 , e média= 60,4 e D.P.= 15,07 do grupo n_3), verifica-se que a intensidade com que o foram difere significativamente entre os grupos $F(2, 182) = 6,7, p = 0,02$, nomeadamente entre o grupo n_1 e n_2 . Neste sentido, a análise à variância com o teste de *Levene*, obteve valores superiores a 0,05 tanto para o total da escala como para os factores, sendo viável a utilização da *ANOVA* para comparar as médias entre os grupos. Assim, relativamente às respostas aos factores foram igualmente detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Exceptuando o factor activação fisiológica, no qual as pontuações dos sujeitos não diferiram de modo significativo $F(2, 182) = 1,6, p = 0,19$, as diferenças nas respostas ao factor intrusão foram estatisticamente significativas $F(2, 182) = 11,3, p = 0,00$, nomeadamente entre o grupo n_2 , e as respostas dos grupos n_1 e n_3 . As diferenças das respostas ao factor negação foram também estatisticamente significativas $F(2, 182) = 16,1, p = 0,00$, nomeadamente entre o grupo n_1 e o grupo n_2 . Quanto ao factor anestesia emocional foram também detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos $F(2, 182) = 4,6, p = 0,01$, nomeadamente entre o grupo n_1 e o grupo n_2 .

Quanto às diferenças nas respostas considerando a variável sexo, é de salientar que esta só foi significativa para o grupo n_2 , nomeadamente entre sexo e total da *IES-R* [$t(44) = -3,06, p = 0,00$] e entre o sexo e o factor activação fisiológica [$t(44) = -3,67, p = 0,00$]. Nestes casos, os sujeitos do sexo feminino obtiveram valores mais elevados. Quanto às correlações entre a idade e as respostas à *IES-R* nos três grupos é de salientar a existência de uma única relação estatisticamente significativa, no grupo n_1 entre a idade e o factor intrusão ($r = 0,183, p < 0,05$).

2.5 Discussão

No presente trabalho foi calculada a consistência interna, a validade de constructo, de conteúdo e convergente da versão portuguesa da *IES-R*, com uma amostra de 55 pacientes do Hospital Sobral Cid, 92 estudantes universitários e 38 sujeitos seleccionados aleatoriamente na cidade do Funchal.

A versão portuguesa da *IES-R* revela uma elevada consistência interna para o total da escala, bem como para os factores que a compõem. Os resultados obtidos aproximam-se daqueles verificados noutros estudos, nomeadamente no estudo original de Weiss e Marmar (1997), de Maercker e Schützwohl (1998) relativo à versão alemã da *IES-R*, de Mystakidou e colaboradores (2007) relativo à versão grega da *IES-R* e o de Wu e Chan (2003) relativo à versão chinesa da *IES-R*.

Apesar da validade convergente não ter sido efectuada com instrumentos que meçam semelhantes constructos, a correlação positiva e estatisticamente significativa com a *IJS* revela a existência de relação entre o

impacto stressante, eventualmente traumático, dessas vivências tal como pressuposto pela *IES-R*. Neste sentido vários autores se dedicaram ao estudo do impacto traumático da violência, nomeadamente da violência doméstica, salientando Serra (2003) que a vivência de violência nas relações afectivas revela-se traumática na medida em que poderá levar à destruição da compreensibilidade do meio ambiente, a uma perda do sentido de predictabilidade e controlabilidade das ocorrências, contribuindo para uma maior vulnerabilidade e empobrecimento da auto-estima do indivíduo.

A estrutura factorial da versão portuguesa da *IES-R*, revela que esta é constituída por quatro factores mistos que explicam 61,3% da variância total, sendo estes constituídos por itens complexos que contribuem para mais do que um componente. Neste sentido, alguns dos factores encontrados não vão de encontro com os factores obtidos no estudo de Weiss & Marmar (1997), nomeadamente o quarto factor. No entanto, este foi igualmente detectado noutros estudos, nomeadamente no de Maercker e Schützwohl (1998) onde estes quatro factores explicam 63,8% da variância total. Outros estudos referentes às qualidades psicométricas da *IES-R* detectaram diferentes estruturas factoriais, nomeadamente o estudo de Weiss e Marmar (1997) onde se obteve um único factor que explica 49% da variância; o estudo de Wu e Chan (2003) onde se obteve igualmente um só factor explicativo de 45% da variância; o estudo de Brunet e colaboradores (2003) onde se obteve três factores que explicam 56% da variância. Os resultados atrás mencionados remetem para a dificuldade em encontrar uma estrutura clara para os factores que compõem a *IES-R*, facto este também evidenciado em estudos relativos à análise factorial dos sintomas de DSPT, tal como são definidos pela DSM-IV. De facto, Keane (1993) obteve, para a DSPT, uma estrutura factorial de quatro factores e King, King, Leskin e Foy (1995) obtiveram uma solução factorial de três factores (Taylor, Kuch, Koch & Passey, 1998).

Quanto à distribuição dos itens pelos factores, é de salientar que no presente estudo existem itens que saturaram em factores distintos dos do estudo original (Weiss & Marmar, 1997), nomeadamente três itens do factor activação fisiológica pertencentes, no estudo original, ao factor intrusão (itens 2, 16 e 20); dois itens do factor intrusão pertencentes, no estudo original, um ao factor activação fisiológica (item 21) e outro ao factor negação (item 5). A problemática associada ao item 2 foi igualmente detectada no estudo de Weiss e Marmar (1997), no qual este item apresentava uma igual correlação entre o factor intrusão e a activação fisiológica. Também na versão alemã e francesa da *IES-R* este item teve maior saturação no factor activação fisiológica. A saturação do item 5 no factor intrusão foi igualmente detectada na versão francesa da *IES-R*, manifestando-se também este item como problemático no estudo de Weiss e Marmar (1997), onde obteve uma igual correlação com o factor negação. Neste sentido, ainda, a problemática do item 5 poderá relacionar-se com o facto deste ser interpretado de dois modos diferentes, onde a primeira parte da mensagem “tentava não ficar perturbado” remete para sintomas de negação, enquanto a segunda parte “quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo” remete para sintomas intrusivos. A

elevada saturação do item 16 no factor activação fisiológica poderá relacionar-se com o facto do seu conteúdo “tive fases em que vivi emoções fortes relativas ao acontecimento”, ao apelar à vivência intensa de emoções, poder ser interpretado como manifestação da activação fisiológica. A saturação do item 20 no factor activação fisiológica poderá relacionar-se com o facto deste conter igualmente outros itens que avaliam a qualidade do sono e estes se correlacionarem entre si. Por fim, o item 21, ao remeter para a necessidade de estar em constante alerta relativamente ao meio, pode ser interpretado como uma vivência ligada aos sintomas de activação fisiológica.

O facto de, neste estudo, a relação entre os itens e os diversos factores se encontrar, de certo modo, alterada relativamente a outros estudos, pode se dever ao facto da população em causa não sofrer necessariamente de DSPT e assim a sua vivência do acontecimento não corresponder ao síndrome bem definido de acordo com os critérios propostos pela DSM-IV (Weiss & Marmar, 1997).

É de salientar, no entanto, que os itens do factor activação fisiológica são aqueles que mais saturam noutro factor, nomeadamente no factor intrusão. Neste sentido, também na análise das correlações entre os factores, nos três grupos da amostra, aqueles que apresentam maiores correlações entre si são o factor activação fisiológica e o factor intrusão. Estes resultados, evidenciados também noutros estudos (Wu & Chan, 2003; Olde & colaboradores, 2006; Brunet & colaboradores, 2003), remetem-nos para a ideia de que o conteúdo de ambos os factores poderão estar relacionados entre si e esta correlação ter na origem o facto de tanto os pensamentos intrusivos como as reacções fisiológicas serem sentidas como vivências involuntárias e incontroláveis, sendo aquilo que as separa o facto de umas serem experienciadas pelo pensamento e outras pelo “corpo”. No entanto, a activação fisiológica além de se correlacionar de modo elevado com a intrusão, é o único factor que apresenta correlações significativas com outros factores, nos três grupos da amostra. Este facto poderá indicar que a activação fisiológica pode ser uma vivência geral subjacente às restantes vivências específicas, ou seja, à intrusão, negação e anestesia emocional. A activação fisiológica revela, então, pouco consistente como factor independente, sendo mais viável na medição do nível de intensidade e sofrimento com que o acontecimento foi experienciado o que, aliás, está de acordo com Olde e colaboradores (2006) quando sugerem que a *IES* é mais consistente para medir o impacto traumático dos acontecimentos do que a *IES-R*.

O facto de, neste estudo, o factor activação fisiológica ser aquele que mais explica a variância total da escala (40,130%) remete directamente para a ideia de que o impacto dos acontecimentos seleccionados pelos sujeitos do estudo foi, no geral, mais stressante do que propriamente traumático. Este resultado poderá igualmente relacionar-se com o facto da maioria dos sujeitos do grupo n_2 (40 sujeitos) e de todos os sujeitos do grupo n_3 ter sido diagnosticado com Depressão e Perturbação de Ansiedade, patologias estas muito correlacionadas com a activação fisiológica. Neste sentido, os resultados obtidos no estudo de Olde e colaboradores (2006), relativos à

correlação significativa ($p < 0,01$) entre o *STAI* (State-Trait Anxiety Inventory) e o factor activação fisiológica ($r = 0,48$), assim como entre *EPDS* (Edinburgh Postnatal Depression Scale) e o factor activação fisiológica ($r = 0,51$) evidenciam tal relação. A proeminência da activação fisiológica poderá também relacionar-se com o facto da maioria dos sujeitos da amostra pertencer à população normal, na qual, de acordo com Creamer e colaboradores (2003), a escala parece medir mais um constructo geral de stress.

Apesar dos resultados remeterem para a ideia de que o impacto dos acontecimentos, para a maioria dos sujeitos, foi mais stressante do que traumático, podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas à *IES-R* consoante os grupos da amostra. Estas diferenças parecem indicar a existência de diferentes dimensões nas respostas à *IES-R*. De facto, a análise das correlações entre os factores no grupo n_1 revela que estes se encontram altamente correlacionados entre si, sugerindo que nestes sujeitos a escala foi mais sensível a um constructo geral de stress (Creamer et al., 2003; Zilberg et al., 1982). A análise da correlação entre os factores no grupo n_2 e n_3 revela que somente o factor activação fisiológica apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa tanto com o factor intrusão como negação (para o grupo n_2), sendo no grupo n_3 somente significativa a correlação entre o factor activação fisiológica e intrusão. Estes dados sugerem que nestes sujeitos, o impacto do acontecimento apesar de ter evocado intenso stress foi de certo modo traumático, na medida em que a independência entre os factores poderá indicar a existência de um síndrome bem definido consequente do impacto de um acontecimento traumático. Neste sentido, os dados corroboram a ideia de Horowitz (1979) relativa à qual sujeitos traumatizados, que não concluíram o processo de *completion tendency*, permanecem numa vivência pouco integrada entre fases de intrusão e negação.

Tirando o factor activação fisiológica, o factor intrusão foi aquele que registou maiores pontuações, para os três grupos. Os dados poderão ser indicativos, de acordo com Garland (2005), da dificuldade (consequente das vivências traumáticas) em pensar o acontecimento traumático, sendo a sua evocação não produto de uma recordação mas sim da reprodução do acontecimento em “estado bruto”, acompanhado pela intensa activação fisiológica e emocional a ele ancoradas. Este resultado poderá estar igualmente relacionado com o facto da população do grupo n_2 e n_3 estar diagnosticada, na sua maioria, com Depressão e Perturbação de Ansiedade, patologias nas quais os sintomas de intrusão são característicos. As conclusões de Taylor e colaboradores (1998) e de Marucco (2005) vão neste sentido, ao salientarem a relação entre intensas vivências intrusivas e o desenvolvimento de afectos depressivos ou a perda da libido e, consequentemente, do desejo como consequência do sobreinvestimento do ego na realidade.

O surgimento de um quarto factor na estrutura da versão portuguesa da *IES-R*, anestesia emocional, é salientado em diversos estudos relativos ao DSPT como, por exemplo, no estudo de Foa, Riggs e Gershuny (1995), no estudo de Taylor, Kuch, Kosh, Crockett e Passey (1998), no estudo de

Kinzie (1989) assim como no estudo de Litz, Orsillo, Weathers, Kaloupek (2000). Apesar deste factor ser estatisticamente pouco consistente e significativo, a sua existência como factor independente revela-se importante, tanto a nível estatístico (na medida em que a análise factorial forçada a três factores continuava a evidenciar a sua existência) como a nível teórico.

Verifica-se que na *IES-R* o conceito de negação proposto por Horowitz (1979) parece reunir diferentes tipos de mecanismos destinados a eliminar o desprazer vivido. O mecanismo de negação, por outras palavras, contém aspectos referentes ao mecanismo de repressão, tal como foi concebido por Freud (1926), ou de anestesia emocional, proposto por Foa e colaboradores (1995). Torna-se, assim, relevante a proposta de Foa e colaboradores (1995) quando equacionam a possibilidade de separar o mecanismo de negação em dois factores distintos, visto estes serem mediados por distintos mecanismos. Neste caso, a negação seria mediada por estratégias psicológicas e a anestesia emocional por mecanismos mais automáticos.

A análise do comportamento deste factor no presente estudo, nomeadamente a análise das correlações entre os factores do grupo n_1 (visto ser só neste grupo que estes se correlacionam de modo significativo) evidencia uma maior correlação entre o factor negação e a intrusão e uma semelhante correlação entre o factor anestesia emocional com os factores activação fisiológica e negação. Este resultado vai no sentido daqueles obtidos por Foa e colaboradores (1995) nos quais o mecanismo de anestesia emocional é activado, quando o sujeito vivencia intensa activação fisiológica, ou seja é um mecanismo mediado por processos mais automáticos, enquanto que a negação é um mecanismo mediado por estratégias psicológicas persistentes com o intuito de diminuir a intrusão. No estudo de Olde e colaboradores (2006), foi detectada uma significativa correlação entre o factor negação da *PSS-SR* (Post-Traumatic Stress Symptom Scale - Self-Report) com o factor activação fisiológica da *IES-R*, indicando os autores acima mencionados que a negação parece ser uma estratégia ligada aos sintomas de activação fisiológica. A elevada correlação obtida entre o factor negação e a activação fisiológica, neste estudo, poderá relacionar-se com o facto de, nesta versão, os itens pertencentes ao factor anestesia emocional se encontrarem integrados no factor negação.

A fraca consistência deste factor, no presente estudo, poderá estar mais relacionada com o facto da população em causa não sofrer de DSPT, nem ter vivenciado traumas severos, pois, quando tal acontece, é suposto a activação deste mecanismo ser mais proeminente (Kinzie, 1989; Foa et al., 1995). No entanto, note-se que é no grupo n_1 que este factor obteve maior pontuação, seguindo-se o grupo n_3 . Este facto leva-nos a colocar como hipótese a presença deste mecanismo não só na vivência de grandes traumas como, também, em vivências microtraumáticas, como parece acontecer no grupo n_3 . Este resultado poderá estar também relacionado com o facto de vários sujeitos destes grupos (n_1 e n_3) terem seleccionado acontecimentos que ocorreram entre um a três anos, enquanto para a maioria dos sujeitos do grupo n_2 o acontecimento ocorreu há mais de três anos. O carácter recente do

acontecimento poderá tornar tal mecanismo mais presente.

Em síntese a versão portuguesa da *IES-R*, além de revelar uma boa consistência interna para o total e factores, assim como uma estrutura factorial semelhante aos pressupostos teóricos dos autores originais, revela igualmente que o conteúdo das experiências consequentes à vivência de um acontecimento traumático é similar para todos os sujeitos, independentemente do tipo de acontecimento ou da população em causa, corroborando a hipótese de Horowitz (1979) assim como a de Zilberg e colaboradores (1982). No entanto, a *IES-R* revela-se igualmente capaz de diferenciar as diversas intensidades com que o impacto do acontecimento pode ser vivido, sendo este mais intenso nos sujeitos da população clínica do que aquilo que se observa na população normal.

De salientar ainda que, relativamente às diferenças entre o género e as respostas à *IES-R*, verificou-se, no grupo n_2 , uma pontuação mais elevada para os sujeitos do sexo feminino tanto para o total da *IES-R* como para o factor activação fisiológica. Este facto foi, também, detectado noutros estudos como o de Zilberg e colaboradores (1998). Quanto à idade, a única correlação estatisticamente significativa foi entre o factor intrusão e a idade dos sujeitos do grupo n_1 , facto igualmente detectado no estudo de Wu e Chan (2002).

2.6 Conclusão

A versão portuguesa da *IES-R* revelou boas potencialidades psicométricas. Revelou, ainda, uma estrutura factorial semelhante aos constructos teóricos subjacentes à *IES-R* propostos por Weiss e Marmar (1997), nomeadamente 4 factores bem definidos, capazes de explicar 61,3% da variância acumulada. Em relação à consistência interna verificou-se um valor $\alpha_{\min}=0,523$ e $\alpha_{\max}=0,904$ para os factores e $\alpha=0,923$ para o total da escala, pelo que o seu estudo e uso futuro devem ser considerados.

A versão portuguesa da *IES-R* revela, ainda, alguma sensibilidade na detecção de respostas stressantes, eventualmente traumáticas, consequentes da vivência de acontecimentos problemáticos na população clínica (com diversas patologias associadas) como na normal. Esta escala evidencia, também, alguma capacidade para detectar riscos de desenvolvimento de DSPT. Permite, igualmente, a despistagem fácil do sofrimento subjacente à vivência de um acontecimento fortemente stressante, visto ser uma escala de autoresposta curta e de fácil administração. Demonstra, também, ser capaz de detectar diferenças no padrão de resposta ao evento entre grupos e, neste sentido, as mudanças no padrão das respostas ao longo do tempo, podendo, neste contexto, ser relacionada com as intervenções psicoterapêuticas. Assim, a existência de uma escala capaz de avaliar o sofrimento subjectivo consequente de vivências traumáticas revela-se de grande importância na medida em que o DSPT é apenas uma das possíveis consequências da vivência de eventos traumáticos, sendo a sua prevalência, de acordo com os dados da DSM-IV-TR, aproximadamente de 8% da população adulta dos EUA. Outros estudos (Horowitz, 1979; Parson, 1997; Peres, Mercante & Nasello, 2005; Wheeler, 2007), revelam como consequência de vivências

traumáticas, o desenvolvimento de vários quadros clínicos, nomeadamente DSPT, Fobia Simples, Fobia Social, Abuso de substâncias, patologias de carácter, como sendo Personalidade *Borderline*.

No entanto, o estudo aqui reportado comporta um conjunto de limitações que devem ser clarificadas. Neste contexto, será de destacar a necessidade de aprofundar os estudos psicométricos de adaptação e aferição do inventário para a população portuguesa.

Do mesmo modo, o facto da população utilizada ter sido na sua maioria sujeitos da população normal e, de uma forma não representativa, sujeitos da população clínica não diagnosticados com DSPT, tem implicações nos resultados obtidos, nomeadamente na compreensão do modo como o trauma é processado no psiquismo, ou seja, no modo como as diferentes dimensões subjacentes a este se relacionam entre si e com os resultados obtidos.

O reduzido número da amostra levanta igualmente algumas dificuldades, nomeadamente o facto dos resultados e conclusões poderem evidenciar enviesamentos consequentes desta não representatividade.

O facto da amostra ser constituída, na sua maioria, por sujeitos do sexo feminino, não nos permite explorar a existência de diferenças entre o sexo nas respostas à *IES-R*, no padrão de correlação entre os factores e na trajectória das respostas ao longo do tempo. Neste sentido, seria interessante analisar, em estudos futuros, populações com uma distribuição dos sujeitos por género equilibrada, assim como analisar o modo como se distribuem os padrões de resposta com sujeitos diagnosticados com Stress Pós-Traumático, com sujeitos submetidos a vivências microtraumáticas como, por exemplo, violência conjugal, assim como com sujeitos com diferentes tipos de organização da personalidade.

Outra limitação do estudo prende-se com o facto de não terem sido levados a cabo estudos relativos à estabilidade do instrumento, nomeadamente à estabilidade temporal, a qual possibilitaria uma maior confiança nos resultados. Seria, portanto, interessante a realização de futuros estudos que analisassem a estabilidade temporal da *IES-R*.

A validade convergente da escala também não foi devidamente analisada, de forma a se poder verificar a correlação desta com outras medidas que avaliem semelhante constructo. O cruzamento da *IES-R* com outras escalas, como a *CAPS*, *PSS-SR*, ou outras, seria uma medida fundamental.

O facto da indicação inicial ter sido alterada, no sentido do sujeito se reportar aos últimos seis meses (em vez de ser aos últimos sete dias), poderá, também, ter enviesado os resultados obtidos. De facto, a elevada pontuação obtida pelos três grupos na *IES-R* poderá relacionar-se mais com o sofrimento provocado pelas memórias relacionadas com o acontecimento, do que propriamente com o impacto doloroso e incapacitante das mesmas, no momento actual.

Apesar do presente estudo visar a introdução, no domínio clínico português, de um novo recurso capaz de despistar um determinado tipo de sofrimento subjectivo, nomeadamente aquele que se relaciona com

acontecimentos de vida stressantes, eventualmente traumáticos, torna-se importante a continuidade dos estudos normativos e de contribuições para a adaptação da *IES-R* ao contexto português, visto que o presente estudo contemplou apenas o estudo psicométrico dos autores do inventário.

Bibliografia

Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Baumert, J., Simon, H., Gundel, H., Schmitt, C., Ladwing, K. (2004). The Impact of Event Scale-Revised: evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in Survivors of a life-threatening cardiac event: an analysis of 129 patients with an implanted cardioverter. *Journal Affect Disorder*, 82 (1), 29-41.

Baranello, M. (2001). Introduzione al concetto di trauma. *SRM Psicologia Rivista* (www.psyreview.org). Roma, 03 marzo 2001.

Bibring, E. (1943). The conception of the repetition compulsion. *Psychoanalytic Quarterly*, 12, 486-519.

Bohleber, W. (2007). Remembrance, trauma and collective memory: The battle for memory in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88 (2), 329-352.

Boulanger, G. (2005). From Voyeur to Witness: Recapturing Symbolic Function After Massive Psychic Trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 22 (1), 21-31.

Briere, J. (1998). Clinical Utility of the Impact of Event Scale: Psychometrics in the general Population. *Assessment*, 5 (2), 171-180.

Breuer, J., Freud, S. (1957). *Studies on hysteria*. In J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works*, vol. 2. London: Hogarth, (trabalho original foi publicado em 1895).

Brunet, A., St-Hilaire, A., King, S. (2003). Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can J Psychiatry*, 48, 56-61.

Canez, A. (2007). *Violência Doméstica – da teoria à psicometria: tradução e estudo de algumas qualidades psicométricas da Intimate Justice Scale*, Dissertação de Mestrado Integrado, F.P.C.E.-U.C.: Coimbra

Creamer, M., Bell, R., Filla, S. (1998). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Assessment*, 5, 171-180.

Davidson, J. & Foa, E. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal*

Psychology, 100 (3), 346-355.

DelMonte, M. M. (2000). Retrieved memories of childhood sexual abuse. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 1-13.

Doin, C. (no prelo). O Ego busca seu trauma: Paradoxos da traumatofilia. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Artigo retirado em 26 de Janeiro, 2007, de www.rbp.org.br.

Evans, C., Ehlers, A., Mezey, G., Clark, D. M. (2007). Intrusive Memories in Perpetrators of Violent Crime: Emotions and Cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 134-144.

Eizirik, C.L., Aguiar, R.W., Schestatsky, S.S. et al. (2005). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (1), 116-120.

Freud, S. (1953). *Beyond the Pleasure Principle*. In J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works*, vol. 18. London: Hogarth, (trabalho original foi publicado em 1920)

Freud, S. (1958). *Remembering, repeating and working through..* In J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works*, vol. 12. London: Hogarth, (trabalho original foi publicado em 1914)

Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. In J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works*, vol. 20. London: Hogarth, (trabalho original foi publicado em 1926)

Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press

Holmes, E. A., Brewin, C. R., Hennessy, R. G. (2004). Trauma Films, Information Processing, and Intrusive Memory Development. *Journal of Experimental Psychology*, 133 (1), 3-22.

Horowitz, M. (1979). Psychological response to serious life events. In Hamilton, V. & Warburton, D.M. (eds.), *Human stress and cognition. An informing processing approach* (pp. 235-263). New York: J. Wiley & Sons.

Horowitz, M., Wilner, M., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 4, 209-218.

Horowitz, Mardi J. & Wilner, N. (1980). Life events, stress, and coping. In Poon, W. (Ed). *Aging in the 1980s: Psychological issues*. Washington, DC, US: American Psychological Association, pp. 363-374.

Horowitz, Mardi J. (1982). Stress Response Syndromes and their Treatment. In Goldberg, L. & Brenznitz, S. (eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.711-732). New York : Free Press.

Horowitz, Mardi J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. In Barron, W., Eagle, N. & Wolitzky, L. (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp.489-500). Washington, DC, US: American Psychological Association,

Horowitz, Mardi J., Stinson, C., Curtis, D., Ewert, M., Redington, D., Singer, J., Bucci, W., Mergenthaler, E., Milbrath, C., Hartley, D. (1993). Topics and Signs: Defensive Control of Emotional Expression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61, 421-430.

Horowitz, Mardi J., Bonanno, G., Keltner, D., Holen, A. (1995). When Avoiding Unpleasant Emotions Might Not Be Such a Bad Thing: Verbal-Auton. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69 (5), 975-989.

Joseph, S., Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9 (3), 262-280.

Keane, T.; Litz, B. & Blake, D. (1990). Post-Traumatic Stress Disorder in adulthood, In Hersen & last (eds.), *Handbook of child and adult psychopathology. A longitudinal Perspective*. New York: Pergamon Press

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1042-1060.

Kinzie, M.D. (1989). Post-Traumatic stress disorder in childhood. In Hersen, M. & Lost, C. *Handbook of child and adult psychopathology. A longitudinal perspective* (pp. 263-274). New York: Pergamon Press

Kinzie, J. D. & Goetz, R. R. (1996). A century of controversy surrounding posttraumatic stress- spectrum syndromes: the impact on DSM III e DSM IV. *Journal of traumatic stress*, 9, 159-179.

Kirshner, L. A. (1994). Trauma, the good object, and the symbolic: a theoretical integration. *International Journal Psycho-Analysis*, 75, 235-242.

Lasiuk, G. C., Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (1), 13-20.

Lazarus, S. (1985). The Costs and Benefits of Denial, In Monat, A. & Lazarus, S. (Eds.), *Stress and Coping; an anthology* (pp.154-255). Columbia press. New York

Litz, B. T., Orsillo S. M., Kaloupek, D., Weathers, F. (2000). Emotional Processing in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 26-39.

Maercker, A., Schützwohl, M. (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.

Meshulam-Werebe, D., Andrade, M., Delouya, D. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25 (supl I): 37-40.

Middleton, W., Lisa, M. C., Jennifer, F. (2005). Remembering the past, anticipating a future. *Australasian Psychiatry*, 13 (3), 223-233.

Miller, M. W., Litz, B. T. (2004). Emotional-Processing in Posttraumatic Stress Disorder II: Startle Reflex Modulation During Picture Processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (3), 451-463.

Myers, C. S., (1915). A contribution to the study of shell shock. *Lancet*, 188, 316-320.

Mystakidou, E. Tsilika, E. Parpa, A. Galanos, L. Vlahos (2007). Psychometric Properties of the Impact of Event Scale in Greek Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (4), 454-461.

Olde, E., Kleber, R., Van der Hart, O., Pop, V. (2006). Childbirth and Posttraumatic Stress Responses: A Validation Study of Dutch Impact of Event Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 1-18.

Pestana, M., Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo, LDA.

Paixão, R. (2002) *Stress e Psicoterapias Dinâmicas*. Retirado a 2 de Fevereiro, 2007, da Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (<http://www.fpce.uc.pt/pessoais/rpaixao/reservada/8.htm>).

Pallant, J. (2003). *SPSS survival Manual: a step by step guide to data analyses using SPSS for Windows (versions 10 and 11)*. Open University Press.

Parson, E. R. (1997). Traumatic Stress Personality Disorder

(TrSPD): Intertheoretical Therapy for the PTSD/PD Dissociogenic Organization. *Journal of contemporary Psychotherapy*, 27, 323- 367.

Peres, J., Mercante, J., Nasello, A. G. (2005). Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy* 78, 431-447.

Pietrantonio, F., Gennaro, L., Paolo, M., Solano, L. (2002). The Impact of Event Scale: Validation of an Italian version. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 389-393.

Ribeiro, S. (2001). *Distúrbio Pós-traumático e Violência Conjugal*. Dissertação de Mestrado em Família e Sistemas Sociais, Instituto Superior Miguel Torga.

Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Vale & Vale Editores, LDA.

Sudin, E., Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.

Taylor, S.; Kuch, K.; Kosh, W.; Crockett, D. & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 154-160

Van der Kolt, B. & Saporta, J. (1991). The Biological Response to Psychic Trauma: Mechanism and Treatment of Intrusion and Numbing. *Anxiety Research*, 4 (3), 183-254.

Veith 1965, www.experiencefestiva.com/post-traumatic_stress_disorder.

Weiss, D., Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In Wilson, J. (Ed), Keane, M. (Ed) (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY, US: Guilford Press.

Wheeler, K. (2007). Psychotherapeutic Strategies for Healing Trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43 (3), 132-141.

Weiss, S. J. (2007). Neurobiological Alterations Associated With Traumatic Stress. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43 (3), 114-122.

Wu, K., Chan, K. (2002). The Development of the Chinese version of Impact of Event Scale-Revised (CIES-R). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemio*, 38, 94-98.

Zilberg, N., Weiss, D., Horowitz, M. (1982). Impact of Event Scale: A Cross-Validation Study and Some Empirical Evidence Supporting a

Conceptual Model of Stress Response Syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (3), 407-414.

Anexo 1: Questionário sociodemográfico**Ficha de Caracterização**

Código:

Data:

O seu sexo é Feminino <input type="checkbox"/> ; Masculino <input type="checkbox"/>	A sua idade é: _____
A sua Nacionalidade é Portuguesa <input type="checkbox"/> ; Outra <input type="checkbox"/>	A sua data de nascimento é: _/_/____
O seu local de residência é numa: Aldeia... <input type="checkbox"/> Vila... <input type="checkbox"/> Cidade... <input type="checkbox"/> Arredores da cidade <input type="checkbox"/>	O seu Estado Civil actual é: Solteiro <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>

Habilitações literárias

1º Ciclo incompleto <input type="checkbox"/>
1º Ciclo do ensino básico... <input type="checkbox"/>
2º Ciclo do ensino básico... <input type="checkbox"/>
3º Ciclo do ensino básico... <input type="checkbox"/>
Secundário/curso profissional... <input type="checkbox"/>
Bacharelato... <input type="checkbox"/>
Licenciatura... <input type="checkbox"/>
Mestrado... <input type="checkbox"/>
Doutoramento... <input type="checkbox"/>

Actividade Profissional/Académica

8- Profissão: _____
9- Neste momento encontra-se: Empregado <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/>
10- Rendimento mensal: _____
11- No caso de se encontrar a estudar identifique: O curso em que se encontra: _____ O ano em que se encontra: _____

Ajuda Psicoterapêutica

Alguma vez procurou ajuda de um psicólogo ou psiquiatra?

Não...

Sim...

-Por que motivo?

Actualmente qual motivo da procura de ajuda psiquiátrica/
psicológica?

Anexo 2: Versão portuguesa da IES-R**INTRODUÇÃO**

O trabalho, para o qual pedimos a sua colaboração, tem como objectivo o estudo do impacto dos acontecimentos stressantes na vida do indivíduo. O estudo destes acontecimentos é fundamental para aprofundar os nossos conhecimentos nesta área. Neste sentido, e agradecendo desde já a sua colaboração, pedimos-lhe que responda, com a maior honestidade, ao questionário a seguir apresentado.

O questionário, identificado com o título “Escala do Impacto de Acontecimentos – Revista”, tem como finalidade medir o impacto de um determinado acontecimento stressante na pessoa que o viveu. Este impacto refere-se à intensidade com que cada pessoa viveu um determinado acontecimento stressante específico. Assim, é-lhe pedido que seleccione um certo acontecimento da sua vida, que considere ter sido fonte de grande stress para si e que, com base nesse acontecimento, responda a cada uma das questões do questionário, centrando as suas respostas no modo como se tem sentido nos *últimos seis meses*.

As instruções para responder à “Escala do Impacto de Acontecimentos – Revista”, serão dadas no início desse questionário.

Além do preenchimento deste questionário, será importante que identifique agora o tipo de acontecimento que seleccionou para responder ao mesmo (assinalando com o x no quadrado correspondente):

- Agressão
- Doença
- Desastre Natural
- Desastre Tecnológico
- Morte ou perda de alguém querido
- Violência
- Situação de perigo
- Abuso Sexual
- Exposição à Guerra
- Outro Acontecimento: _____

Descreva sucintamente o acontecimento que seleccionou:

O tempo que decorreu entre esse acontecimento e o momento actual foi de:

- 1 a 4 semanas
- 1 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 3 anos
- Mais de 3 anos

Escala do impacto de acontecimentos – Revista

No questionário a seguir apresentado encontram-se descritas algumas das dificuldades que as pessoas costumam sentir após terem passado por um acontecimento stressante.

Para cada uma das afirmações do questionário deve indicar o quanto perturbador foi para si, nos *últimos seis meses*, cada uma das situações identificadas, considerando o acontecimento de vida stressante identificado por si. Ou seja, durante os *últimos seis meses*, como é que se sentiu relativamente ao acontecimento stressante.

Para cada uma das questões existe, no lado direito da folha, uma quadrícula numerada de **1 a 5**. Estes números servem para representar o seu grau de concordância em relação ao que é questionado e significam o seguinte:

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre

Para assinalar essa resposta deve colocar uma cruz no número que melhor a representa.

	Nunca 1	Raramente 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1) Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	1	2	3	4	5
2) Tive grandes problemas de sono	1	2	3	4	5
3) Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	1	2	3	4	5
4) Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	1	2	3	4	5
5) Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	1	2	3	4	5
6) Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	1	2	3	4	5
7) Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real	1	2	3	4	5
8) Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento	1	2	3	4	5
9) Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	1	2	3	4	5
10) Estava com os nervos “à flor da pele”	1	2	3	4	5
11) Tentei não pensar sobre o sucedido	1	2	3	4	5
12) Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	1	2	3	4	5
13) Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	1	2	3	4	5
14) Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	1	2	3	4	5
15) Tive dificuldades em adormecer	1	2	3	4	5
16) Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento	1	2	3	4	5
17) Tentei apagar o acontecimento da	1	2	3	4	5

minha memória					
18) Tive problemas de concentração	1	2	3	4	5
19) Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reacções físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia	1	2	3	4	5
20) Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento	1	2	3	4	5
21) Senti-me atento e/ou cauteloso	1	2	3	4	5
22) Tentei não falar sobre o acontecimento	1	2	3	4	5