

Running head: Tradução e validação da versão portuguesa da PTED (Escala)

**Título:** Tradução e validação da versão portuguesa da *Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED) Scale*

**Autores:** Débora Freitas, Vânia Bastos, Ana Teixeira, José C. Rocha

UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU.

**Morada:** Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal

## Resumo

**Introdução:** Eventos de vida negativos fazem parte do ciclo de vida, sejam eles eventos traumáticos ou não. A PTED consiste numa reação psicológica para eventos de vida não fatais, mas extremamente stressantes. O evento angustiante tipicamente envolve injustiça, insulto e/ou humilhação pessoal. Os eventos traumáticos deste tipo incluem os conflitos laborais, desemprego, morte de um parente, divórcio, doença grave, experiência de perda ou separação. Os sintomas característicos da sintomatologia podem ser: repetitivas memórias indesejadas do evento, humor depressivo, insónia, hiperatividade, irritabilidade, inquietação, resignação. Os indivíduos evitam lugares ou pessoas associadas ao evento, tornam-se incapazes de trabalhar, apresentam ideação suicida, impulsividade, agressividade e ideias homicidas, manifestam diminuição do desempenho nas suas atividades diárias e nas suas funções.

**Método:** O objetivo é traduzir e estudar as características gerais, fidelidade e validade da versão Portuguesa da Escala PTED, o que implica verificar se a estrutura fatorial é consistente com o conceito em estudo. A *The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale)* (17) é uma escala de auto-relato de tipo *Likert* com 19 itens que foi traduzida mantendo a mesma estrutura e instruções. Os instrumentos utilizados são um questionário sociodemográfico construído para o propósito de caracterizar a amostra, a Escala PTED (17), Escala de Impacto de Eventos –Revista – *IES-R* (22,23) e a versão portuguesa do *Difficulties in Emotion Regulation Scale (EDRS)* (24). A amostra é constituída por 185 estudantes da Escola Superior do Vale do Sousa. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 44 anos de idade ( $M= 20,91$ ;  $DP=3,47$ ). Relativamente ao género, 143 estudantes são do sexo feminino e 42 do sexo masculino.

**Resultados:** Os resultados revelam (a) as características gerais da escala; (b) a fidelidade, alfa de *Cronbach* =0.94, (c) a estrutura fatorial explica 64,71% da variância da escala e, a validade externa, *r de Pearson* de 0.613 com o *IES-R* e 0.48 com a *EDRS*. A versão portuguesa da Escala PTED tem boas características psicométricas. Este estudo contribui para a discussão da estrutura latente do conceito de *amarguramento*.

**Palavras-Chave:** Eventos traumáticos, amarguramento, características psicométricas da escala.

## **1- Introdução**

### *1.1- Conceito de Amarguramento*

*Amarguramento* é um estado de humor distinto de outras emoções negativas como a depressão, a desesperança, a ansiedade ou até mesmo a raiva. Apresenta um carácter complementar de auto-culpa e um sentimento de injustiça. É, ao mesmo tempo, um sentimento doloroso e compensador, podendo estar associado, simultaneamente, a momentos de desespero e ofensa (1).

O *amarguramento* pode tornar-se uma condição incapacitante, privando a pessoa do auto-controlo, causando sofrimento contínuo para o indivíduo amargurado e para as pessoas que o rodeiam, pode tornar-se num estado de perturbação que necessita de tratamento e que tem sido descrito sob o termo de *Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED)* (2,3,1).

### *1.2- Amarguramento em diferentes populações*

#### 1.2.1- Amarguramento e relacionamentos amorosos

Do ponto de vista clínico, os casais insatisfeitos ou divorciados experimentam a deterioração da relação como "injusta" e podem responder com emoções negativas. Devido a um sentimento de injustiça para com os seus companheiros, provavelmente experienciam ira, raiva, ódio relativamente ao seu parceiro, devido à sua própria experiência de perda, experimentando tristeza e sofrimento para si mesmo (1).

Um dos conflitos relacionais mais devastadores que é relevante para o conceito de *amarguramento* é a experiência da infidelidade do parceiro (1).

Dados indicam que a taxa de *amarguramento* em homens vítimas (90%) é o dobro do que para as mulheres (40%). Embora estas diferenças de género não fossem previstas, os resultados sugerem que os homens "traídos" apresentam sentimentos extremamente negativos, tornando-se extremamente zangados e amargurados com o tempo, talvez como uma resposta protetora para evitar a sensação de tristeza ou de impotência. Aparentemente, as mulheres tinham menor probabilidade de lidar com a dor e a infidelidade a longo prazo com sentimentos amargos, talvez em vez disso experimentando outras emoções negativas ou até mesmo perdoar (1).

### 1.2.2. Pacientes com cancro e amarguramento

Dadas as altas taxas de prevalência de perturbações mentais e sofrimento psicossocial entre pacientes com cancro e da variedade de preocupações existenciais descrito no curso da doença, Kissane, Clarke, Street (2001), Clarke e Kissane (2002) descreveu o conceito de desmoralização em pacientes com doença física grave, uma síndrome clinicamente relevante de angústia existencial e desespero (1).

Desmoralização pode ser caracterizada por sentimentos de ser incapaz de lidar, apreensão, angústia, desamparo, desesperança, solidão; anedonia por perda da capacidade de sentir prazer nas coisas e perda de interesse. Também podem incluir sentimentos de *amarguramento* e ressentimento que são conceitualmente relacionados com o modelo recentemente proposto de PTED, uma síndrome psiquiátrica caracterizada por sentimentos de memórias intrusivas, culpa, disforia, e queixas somáticas, como reação a um evento de vida negativo e stressante (2,6).

Embora a pesquisa em pacientes com cancro não abordasse ainda os sintomas de *amarguramento*, os fatores potencialmente associados com *amarguramento* e ressentimento em pacientes com cancro incluem: sentimentos de injustiça da vida, desesperança, medo de ser um fardo para os outros, perda de dignidade e integridade corporal, múltiplas perdas (por exemplo, perda de funções do corpo, força pessoal, papéis sociais, mudanças ocupacionais, perda de controle), decepção se o tratamento não for eficaz, solidão, isolamento (1).

### 1.2.3. Local de trabalho e amarguramento

O local de trabalho é uma área da vida em que as pessoas passam muito, se não a maioria, do seu tempo. Embora o local de trabalho proporcione muitas recompensas e experiências positivas, também pode ser a fonte de graves encargos, decepções, conflitos, ou até mesmo experiências com risco de vida. Ao mesmo tempo, é, por sua própria natureza, caracterizado por estruturas onde a injustiça, a rivalidade, humilhação e desclassificação são quase inevitáveis. Problemas e conflitos devem, portanto, surgir, não apenas sob a forma de esgotamento, ansiedade ou depressão, mas também *amarguramento* (1).

Em comparação com as outras reações emocionais, o *amarguramento* pode ser considerado como o único que faz com que aumente grau de sofrimento do indivíduo e para o seu ambiente, resultando numa maior incapacidade e custos (1).

### 1.3- *Amarguramento e perturbação de personalidade*

As perturbações de personalidade devem ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de PTED. A ocorrência de PTED entre as pessoas com este tipo de perturbações deve ser claramente maior do que na população normal (1).

De acordo com o DSM-IV (7) são descritas várias perturbações de personalidade, como paranóico, esquizofreniforme, esquizóide, narcisista, anti-social, impulsivo, borderline, histriónico, obsessivo-compulsivo, esquiva, ou dependente. Estes são definidos por interações inadequadas de comportamento e um elevado grau de problemas emocionais específicos (8). No nosso contexto, a questão a ser abordada é que as perturbações de personalidade são particularmente propensas a mostrar o *amarguramento* como faceta emocional. Existem duas perturbações de personalidade, que estão associadas com uma base específica de vulnerabilidade para reagir com *amarguramento* intensivo prolongado, a perturbação de personalidade narcisista e a perturbação de personalidade paranóide (1).

#### 1.3.1. Perturbação de personalidade narcisista e amarguramento

A perturbação de personalidade narcisista é caracterizada por um padrão global de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração, falta de empatia e sentimentos de superioridade e exclusividade (8). Outro aspeto da doença é que o narcisismo também está associado com problemas interpessoais, disfunção relacional, decepção e agressão (9,1).

Indivíduos narcisistas são especialmente vulneráveis a traumas da vida, que ameaçam ou sobrecarregam o self grandioso. Em indivíduos narcisistas, um stressor traumático (que pode ser relativamente pequeno e insignificante) supera o self grandioso, provocando humilhação, vergonha, *amarguramento* e raiva (10). Assim, a perturbação de personalidade narcisista apresenta uma vulnerabilidade a eventos negativos da vida como divórcio, perda de emprego ou desemprego. Simon (10) observou que os indivíduos narcisistas exibem um grupo discreto de sintomas psicopatológicos, quando confrontados com eventos de vida negativos, tais sintomas podem estar perto dos sintomas de PTED (1).

### 1.3.2. Perturbação de personalidade paranóide e amarguramento

A perturbação de personalidade paranóide é caracterizada por ideação paranóide. Indivíduos com paranoia patológica mostram uma tendência para interpretar observações inocentes ou eventos como humilhantes ou ameaçadores e uma tendência a guardar ressentimentos persistentes relativamente a insultos e humilhações passadas (1).

Existe uma relação entre a personalidade paranóide e *amarguramento*. Indivíduos paranoicos constantemente sentem-se postos de lado e humilhados (1). Para estes indivíduos, um evento traumático (que pode ser relativamente pequeno e insignificante) representa uma traição e uma ameaça à sua autonomia. Eventos de vida negativos, como perda de emprego ou desemprego podem intensificar a sintomatologia. As consequências são sentimentos de desespero, desamparo e *amarguramento*. Estes sintomas são frequentemente acompanhados de sintomas da ansiedade e da depressão. (1).

#### *1.4- Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED)*

Eventos de vida negativos fazem parte do ciclo de vida diária, sejam eles eventos traumáticos ou não. Os eventos negativos causam efeitos prejudiciais que podem provocar na vida da pessoa que o vivenciou um comprometimento gradual e contínuo na sua saúde mental (11).

A PTED consiste numa reação psicológica para eventos de vida não fatais, mas sim excepcionais, como conflitos no local de trabalho, desemprego, morte de um parente, divórcio, doença grave ou experiência de perda ou separação (12,1).

O fator desencadeante para o desenvolvimento psicológico de sintomas consiste numa experiência excepcional que não resulta numa ameaça à vida, mas que leva a grandes consequências negativas, com grande probabilidade de causar decepção, podendo comprometer os valores vitais e cognitivos do indivíduo. Estes indivíduos podem desenvolver um estado que pode ser definido como *amarguramento* (2,13).

O evento angustiante tipicamente envolve injustiça, insulto e/ou humilhação pessoal (14), juntamente com o desejo de lutar e a incapacidade de identificar um objetivo adequado (12). O padrão de resposta central psicopatológico em PTED é uma sensação prolongada de *amarguramento* (2,3,1).

No diagnóstico e tratamento de PTED é necessária uma abordagem dupla. O diagnóstico é baseado num perfil específico psicopatológico, ou seja, no *amarguramento* dominante e nos pensamentos intrusivos. A compreensão e o

tratamento devem levar em conta o contexto cultural. A PTED é, em muitos casos vistos na sequência de experiências de injustiça, humilhação e infidelidade, isso faz com que o *amarguramento*, mais do que outras perturbações mentais, uma doença culturalmente sensível (15).

#### 1.4.1- Consequências/Características associadas à PTED

Uma resposta de *amarguramento* pode tornar-se disfuncional quando atinge maior intensidade e é acompanhada por sentimentos de desamparo, humor disfórico, pensamentos intrusivos, hetero-agressividade, ideação suicida, evitamento fóbico de lugares e pessoas que fazem recordar o evento crítico, ou múltiplas queixas somatoformes (16,17), com diminuição no desempenho das suas atividades diárias e das suas funções, irritabilidade, inquietação e resignação, podem culpar a si próprios relativamente ao evento, por não o ter impedido ou por não serem capaz de lidar com ele, podem apresentar variadas queixas somáticas, tais como perda de apetite, perturbações do sono, dor (18), sofrer de memórias repetitivas indesejadas do evento, embotamento emocional, insónia e hiperatividade, tornam-se incapazes de trabalhar, impulsividade e ideias homicidas (14), ansiedade (1).

Neste caso, os pacientes devem ser considerados como doentes. A experiência clínica sugere mesmo que isto pode levar a um estado de espírito muito incapacitante, tornar-se perigoso para o paciente e até mesmo para aqueles que convivem com ele, sendo difícil de tratar (17).

Os pacientes diagnosticados com PTED apresentam um ampla gama de sintomas psiquiátricos comuns como: depressão, desesperança, sintomas somáticos e pensamentos intrusivos (19). Noutras ocasiões, o humor é estável e o paciente, geralmente, é capaz de continuar com a sua vida normal (2,13), muitas vezes funcionam sobretudo bem antes do evento (18).

Para PTED estar presente o paciente não deve ter tido qualquer desordem mental, psicopatologia, inadaptação ou falha no funcionamento antes do evento que poderia explicar a reação anormal - pelo menos, os sintomas não podem ser atribuídos a qualquer outro transtorno psiquiátrico. Este pode ser um problema difícil de diagnóstico, especialmente no que diz respeito aos perturbações de personalidade (20).

### 1.5- *Crêterios de diagnóstico para PTED*

De acordo com Linden, Baumann, Rotter e Schippan (12), os cr terios de diagnóstico para a PTED são:

- A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais clinicamente significativos, na sequência de um único e excecional evento negativo de vida normal;
- B. O evento traumático   experimentado das seguintes maneiras:
  - (1) a pessoa conhece o evento e percebe-o como a causa da doença;
  - (2) o evento   percebido como uma injustiça, um insulto, e uma humilha o;
  - (3) a resposta da pessoa ao evento envolve sentimentos de amarguramento, desamparo e raiva;
  - (4) a pessoa reage com excita o emocional quando recorda do evento.
- C. Os sintomas característicos resultantes do evento são memórias intrusivas repetidas e uma mudança persistente negativa no seu bem-estar mental;
- D. A pessoa não deve ter qualquer distúrbio mental manifesto antes do evento que poderá explicar a rea o anormal;
- E.   prejudicado o seu desempenho nas atividades diárias e fun es;
- F. Sintomas que persistem por mais de 6 meses.

### 1.6- *PTED e outras perturba es*

Ao introduzir a PTED, Linden (2) apontou que alguns sintomas de PTED, por exemplo, os pensamentos intrusivos que estão em claro contraste com o padrão sintomático dos perturba es depressivos. Os pensamentos intrusivos não pertencem ao núcleo de sintomas dos perturba es depressivos, representando uma característica essencial da PTED. Assim, pode-se concluir que os pensamentos intrusivos são os sintomas centrais da PTED que permitem uma diferencia o entre a depressão e a PTED. Além disso, torna-se agora evidente que, a PTED constitui uma desordem por si própria e os seus sintomas principais não devem fazer parte das características principais de qualquer outro distúrbio de categoria mental (19).

Ao considerar o sintoma de estar amargurado, a questão pode surgir do facto que a PTED não deve ser vista como parte dos perturba es depressivos. Além disso, há inevitavelmente uma sobreposi o entre certos sintomas de PTED e depressão. Esta sobreposi o pode constituir a razão para a alta comorbidade entre depressão e PTED. Depressão   tradicionalmente associada a uma disfun o biológica, psicológica ou



social causada pela regulação da emoção. Os pacientes diagnosticados com PTED, em contrapartida, parecem manifestar uma disfunção cognitiva (19).

Além disso, há estudos que mostram que pelo menos 50% de pacientes com depressão podem reportar os eventos de vida precipitantes. Portanto, um possível desenvolvimento da categoria da PTED, a depressão pode ser a inclusão de uma referência a eventos de vida precipitantes. Isto por sua vez, pode ser entendido como um argumento para a classificação de PTED como uma perturbação depressivo. Além disso, implicaria que os sintomas principais de PTED e depressão fossem os mesmos, no entanto, isso não é o caso (19).

Em contraste com PTSD existem diferenças importantes sendo elas: o tipo de evento crítico e o típico de emoção. Na PTSD, o evento fatal é excepcional, provocando pânico e ansiedade. Na PTED há um evento que pode ser chamado de normal, que pode acontecer em muitas pessoas ao longo da vida, como o divórcio ou separação e desemprego. Ainda assim, é também um caso excepcional, não sendo um acontecimento diário. Enquanto que na PTSD a ansiedade é a emoção predominante, na PTED é o *amarguramento* (19).

Por definição, PTED só deve ser diagnosticada nos casos em que não existem distúrbios mentais pré-mórbidos, incluindo os perturbações de personalidade. As pessoas com personalidade narcisista ou paranoide também nutrem sentimentos de *amarguramento* para o mundo em geral, mas não existe uma história traumática, conforme o necessário para a PTED (19).

### 1.7- Avaliação da PTED

Linden et al. (3), nos seus estudos realizados na Alemanha, os sujeitos que experimentaram um evento de vida negativo, levaria para critérios de diagnóstico tanto para PTSD e transtorno de adaptação, mas também podem apresentar diferentes sintomas que não correspondem totalmente a nenhum desses distúrbios. Linden et al. (3) agrupou estes sintomas sob critérios de diagnóstico para a PTED (14,11) avançando nos seus estudos e desenvolvendo uma escala chamada *Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED) Scale* que permite diagnosticar esse distúrbio. Esta desordem consiste em sinais e sintomas de um transtorno de adaptação diferente dos do DSM-IV.

Neste distúrbio, o indivíduo reage ao evento de vida negativo experimentado excessivamente. É possível que o acontecimento traumático possa ter diferente impacto emocional em cada indivíduo. Da mesma forma, um acontecimento de vida que não é

importante para uma pessoa pode prejudicar o bem-estar mental de outra pessoa. Neste distúrbio, o evento de vida negativo experimentado cria uma mudança na vida pessoal do indivíduo (11).

Para além da PTED existe outra escala que avalia igualmente o conceito de *amarguramento*, sendo ela a Bern Embitterment Scale (21).

A Bern Embitterment Scale (21) é constituída por 18 itens com as subdimensões humor deprimido e tristeza, amarguramento e agressão, sentimentos de pessimismo, injustiça e desesperança. *Amarguramento* está correlacionado com a agressão, atitudes fatalistas, ajuda e desesperança e o sentimento de serem atacados e perseguidos (15).

Uma análise fatorial confirmatória mostrou índices aceitáveis (CFI 0,99; RMSEA = 0,027), indicando um fator geral (amarguramento) e quatro subescalas (1) amarguramento emocional (2) amarguramento relacionado com o desempenho, (3) pessimismo / desesperança, (4) agressão/ misantropia, ou seja, pensamentos negativos em relação aos outros ou sentimentos de agressão e vingança. Os valores de confiabilidade das quatro escalas foram: amarguramento emocional  $\alpha = 0.86$ ; amarguramento relacionado com o desempenho  $\alpha = 0.81$ ; pessimismo / desesperança  $\alpha = 0.65$ , e misantropia / agressão  $\alpha = 0.65$ . No geral, a consistência interna da nova escala para medir o amarguramento era  $\alpha$  de Cronbach = 0.89, sendo considerada uma ótima pontuação para uma nova escala (1).

Znoj (21) definiu *amarguramento* como um sentimento de terem sido deitados para baixo, com raiva e injustiça. As ações que surgem dessa emoção podem ser de protesto e agressão, mas também de passividade, isolamento e fuga (15).

Concluindo e perante a revisão da literatura é essencial disponibilizar um instrumento de avaliação de casos de PTED para a língua portuguesa incluindo a discussão da dimensionalidade do conceito de PTED, auxiliando os clínicos em torno do diagnóstico e da intervenção.

## **2- Método**

### **2.1- Objetivo**

O presente estudo tem como objetivo a tradução e a validação para a população portuguesa da *Post-Traumatic Embitterment Disorder (PTED) Scale* (26), analisar as suas características psicométricas, e verificar se a estrutura fatorial numa amostra portuguesa é a mesma do estudo original.

Além dos objetivos teóricos, referidos acima, tínhamos também o objetivo prático de disponibilizar um instrumento internacionalmente credível para a investigação em língua portuguesa, sendo útil também na prática clínica.

### **2.2 - Amostra**

#### *2.2.1.- Seleção da amostra*

A amostra é constituída por Estudantes Universitários da Escola Superior do Vale do Sousa. No entanto foram definidos *Critérios de Inclusão*: Jovens adultos Estudantes Universitários de ambos os sexos, compreendendo todos os parâmetros do objetivo do estudo, cujo preenchimento é voluntário e anónimo, tendo como referência uma situação de um evento traumático com significado pessoal (como conflitos no local de trabalho, desemprego, morte de um parente, divórcio, doença grave ou experiência de perda ou separação). Estes critérios preveem o consentimento informado para participar na investigação de acordo com a ética atual; e *Critérios de Exclusão*: Não ter tido experiência de um evento traumático no seu passado; Não autorizar a participação na investigação.

#### *2.2.2. – Caracterização da amostra*

A amostra é constituída por 185 estudantes universitários da Escola Superior do Vale do Sousa e Instituto Superior Ciências da Saúde, dos quais 77.3 % (N= 143) são do sexo feminino e 22.7% (N=42) são do sexo masculino. A idade média dos participantes é de 20.81 anos, com um desvio padrão de 3.47 anos. A idade mínima da amostra é 18 anos e a máxima 44 anos. Quanto ao ano que frequenta 44.3% (N=81) são do 1º ano; 39.9% (N=73) são do 2º ano; 5.5% (N=10) são do 3º ano; 9.3% (N=17) são do 4º ano, e por fim 1.1% (N=2) são estudantes de mestrado.

### 2.3- Instrumentos

O protocolo de avaliação desenvolvido no âmbito deste trabalho de investigação é constituído por um questionário sociodemográfico construído para o propósito de caracterizar a amostra, *The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale)* (17), *Escala de Impacto de Eventos Traumáticos –Revista – IES-R* (22,23) e a *Escala de Dificuldades na Regulação Emocional* (24)

A escala PTED foi originalmente desenvolvida em alemão, descreve o *amarguramento* e os sintomas psicológicos associados em reação a eventos de vida negativos. O objetivo é o de proporcionar um instrumento que permita a triagem para este tipo de reação psicológica aos eventos de vida stressantes, esperando abrir novos caminhos para diagnóstico e tratamento. É um questionário de 19 itens destinado a avaliar as reações características de *amarguramento* a eventos de vida negativos. A escala varia de (0) “não é verdadeiro”, (1) “dificilmente é verdadeiro”, (2) “pouco verdadeiro”, (3) “muito verdadeiro”, (4) “extremamente verdadeiro” (17).

A IES-R é composta por vinte e dois itens, com cinco níveis de resposta tipo *Likert*, sendo estes incluídos na sub-escala de Evitamento (oito itens), na sub-escala de Intrusão (oito itens originais e um item novo) e na sub-escala de Hipervigilância (seis itens) capazes de avaliar sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros (22,23).

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (EDRS) foi adaptada para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias (24) e tem como objetivo avaliar seis Dificuldades de Regulação Emocional: 1) Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação); 2) Dificuldades em Agir de Acordo com os Objetivos (Objetivos); 3) Dificuldades no Controlo de Impulsos (Impulsos); 4) Falta de Consciência Emocional (Consciência); 5) Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e 6) Falta de Clareza Emocional (Clareza). A escala é constituída por 36 itens numa escala tipo de *Likert* de 5 valores (1-Raramente a 5-Sempre), que deverão ser respondidos pelo indivíduo (24,25).

## **2.4- Procedimento**

### *2.4.1- Autorização junto ao autor original*

A autorização do nosso estudo foi obtida por meio de correio eletrónico junto do autor original da PTED, Michael Linden, assim como foi possível discussão sobre alguns aspetos pertinentes.

### *2.4.2- Procedimento de tradução*

Os procedimentos de tradução seguiram as seguintes etapas: tradução direta da versão original alemã da *The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale* (2) para a população portuguesa. De seguida procedeu-se à análise da tradução onde a versão portuguesa foi considerada por alguns profissionais de saúde, com formação em Psicologia Clínica, com o conhecimento do objetivo da tradução e do questionário na versão original, discutindo as diferenças da tradução inicial item a item, com o intuito de uma tradução fiável do instrumento, tendo em conta diversos aspetos, tais como a análise do significado das palavras, quando existiam mais do que um significado e das dificuldades gramaticais da tradução; a adaptação ao vocabulário português; a adaptação à cultura portuguesa; verificação de expressões com significado conceptual. Depois procedeu-se novamente à tradução em inglês, sendo comparada com a tradução pré-final, chegando-se a uma tradução final que posteriormente originou o questionário final.

### *2.4.3- Autorização junto das entidades*

Antes de qualquer administração, foi pedida autorização à direção da Escola Superior do Vale do Sousa.

### *2.4.4- Recolha de dados*

Antes da entrega dos questionários, os participantes foram informados de forma sucinta acerca dos objetivos e da pertinência do estudo, foi fornecido formulário de consentimento informado, clarificando questões relativas ao questionário de dados sócio-demográficos.

Posteriormente, procedeu-se à administração dos instrumentos, recolhendo todos os questionários de forma anónima à frente dos participantes, retribuindo a cooperação dos mesmos, fortalecendo a confidencialidade das suas respostas. Nas instruções gerais

informamos os participantes que o preenchimento dos instrumentos poderia demorar entre 20 a 25 minutos.

#### 2.4.5- *Tratamento de dados*

Após a recolha e processamento de todos os dados necessários será realizado o tratamento e análise dos mesmos. Para que tal seja possível a análise dos dados será realizada através de um programa informático estatístico (IBM SPSS Statistics, versão 19), de forma a tornar possível a criação de uma base de dados na qual seja possível inserir os resultados transformados decorrentes da aplicação dos instrumentos.

Para determinar a sensibilidade calculou-se as medidas de tendência central, de dispersão e distribuição para todos os itens da Escala PTED.

Posteriormente, para calcular a fidelidade (pelo método da consistência interna) calculou-se o  $\alpha$  de Cronbach. Segundo Pestana & Gageiro (26), podemos considerar a consistência interna: muito boa –  $\alpha$  superior a 0.9; boa –  $\alpha$  entre 0.8 e 0.9; razoável –  $\alpha$  entre 0.7 e 0.8; fraca –  $\alpha$  entre 0.6 e 0.7 e inadmissível –  $\alpha$  inferior a 0.6.

A análise estatística iniciou-se com a análise descritiva univariada (médias e desvios padrão) no sentido de caracterizar toda a amostra e as características da escala.

Na análise fatorial exploratória dos dados, temos como ponto de referência os valores de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 1 – 0.9 muito boa; 0.8 – 0.9 boa; 0.7 – 0.8 média; 0.6 – 0.7 razoável; 0.5 – 0.6 má e; < 0.5 inaceitável (26).

Para o cálculo da validade, nomeadamente, validade fatorial, recorreu-se ao método das componentes principais utilizando a rotação *Varimax*, analisando-se assim as dimensões existentes os itens da Escala PTED.

### **3- Resultados**

#### *3.1- Resultados das características gerais da escala*

(TABELA 1)

Tabela 1- Estudo das características gerais da Escala PTED

Como se pode verificar na Tabela 1, ao número total de itens da PTED (19) corresponde uma média em termos de idade de 20.91 e desvio padrão de 3.47.

### 3.2- Sensibilidade dos itens da Escala PTED

(TABELA 2)

Tabela 2 – Frequência da sensibilidade dos itens

Como se pode observar na tabela acima, de uma forma geral os itens revelam-se sensíveis, dado que todas as hipóteses de resposta são selecionadas.

### 3.3-Fidelidade da Escala PTED

Para verificar a fidelidade do instrumento optou-se pelo coeficiente *Alfa de Cronbach*, que corresponde a uma medida da consistência interna (27). O coeficiente *Alfa de Cronbach* foi de 0.94 indicando uma elevada consistência interna.

### 3.4- Análise dos Componentes Principais

De forma a realizar a análise fatorial foi necessário processar o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), em que na nossa amostra foi possível realizar uma análise fatorial visto que o teste KMO apresentou um valor de  $0.93 > 0.50$  sendo um bom indicador, permitindo aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial (26).

A análise dos componentes principais foi feita em todos os itens da escala PTED. O número de fatores a serem extraídos foi determinado de acordo com método dos valores próprios superiores a um (28).

Após a análise dos componentes principais surgem três fatores: o Fator I foi definido por itens que explicam a dificuldades funcionamento social; o Fator II foi definido por itens que pedem a resposta emocional ao evento; e o por fim o Fator III foi definido por pensamentos de vingança. Este modelo fatorial explica 64.71% da variância da escala.

(TABELA 3)

Tabela 3 – Análise dos Componentes principais

### 3.5- Validade externa

A validade externa diz respeito à confiança nos resultados da investigação, a fim de ser possível generalizá-los (29). A tabela abaixo apresenta os resultados da validade externa dos fatores da PTED e as restantes medidas e seus respectivos fatores.

(TABELA 4)

Tabela 4 – Estudo da Validade externa : valores de  $r$  de Pearson entre a PTED, EDRS e IES-R

Como podemos observar para todas as medidas do nosso estudo corresponde uma significância de  $p < 0.01$ . No que diz respeito ao nosso instrumento em relação aos restantes, constatamos que na IES-r ( $r$  de Pearson = 0.613) revela uma boa correlação, enquanto a EDRS ( $r$  de Pearson = 0.482) revela uma moderada correlação.

A PTED relaciona-se positivamente e significativamente quer com os sintomas de regulação emocional quer com os sintomas de pós stress traumático.

Quando analisamos a relação entre os diferentes fatores da PTED e da EDRS, verifica-se que não existem correlações significativas entre o fator I e II da PTED com o fator Consciência da EDRS e o fator II da PTED com o fator Clareza da EDRS.

O fator III da PTED que está relacionado com os pensamentos de vingança apresenta valores significativos de regulação emocional.

## 4- Discussão

O presente estudo, tinha como objetivo analisar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa da PTED, de modo a verificar se a estrutura fatorial da nossa amostra era a mesma da versão original.

De uma maneira geral a Escala PTED possui boas qualidades psicométricas, a par disso, a análise da sensibilidade dos itens, os mesmos revelam-se sensíveis, visto que todas as hipóteses de resposta são selecionadas.

Verificou-se também que mantendo a estrutura de 19 itens sem qualquer exclusão, a estrutura fatorial da versão portuguesa não é a mesma que a validação da versão original da Escala PTED. Na realidade, numa amostra portuguesa, a Escala PTED revelou um modelo multidimensional a três fatores, sendo eles Fator I – dificuldades no funcionamento social; o Fator II foi definido por itens que pedem a resposta emocional ao evento; e o por fim o Fator III foi definido por pensamentos de vingança, diferente do ponto de vista psicométrico da validação numa amostra alemã que é de apenas dois fatores (18).



Relativamente à amostra existem diferenças entre a amostra da versão portuguesa e a amostra da versão original. Enquanto que a nossa amostra é constituída por 185 participantes e a amostra da versão original é constituída por 95 participantes. A amostra da versão portuguesa é não clínica, enquanto que a amostra da versão original é clínica.

No que diz respeito aos resultados estatísticos, os valores da consistência interna e das análises factoriais são considerados bons. No caso concreto do *Alpha de Cronbach*, os valores do nosso estudo são concordantes com os valores que têm sido avançados pela literatura sendo o valor total de  $0.94 > 0.60$ , que segundo Pestana e Gagueiro (26) é considerada uma boa correlação, sem exclusão de qualquer item mantendo a estrutura original a 19 itens.

Em resposta ao nosso objetivo prático, as características da amostra e os resultados estatísticos apontam para um instrumento com boas e adequadas características gerais ao nível da fidelidade (*Alfa de Cronbach*=0.94); pela validade externa uma forte correlação com IES-R total ( $r$  Pearson=0.613), enquanto que na EDRS é considerada como uma moderada correlação ( $r$  Pearson=0.482).

Relativamente à Análise dos Componentes Principais também nos mostrou um bom ajustamento global da Escala PTED sustentando uma estrutura multidimensional a três fatores, diferente a escala original com uma estrutura de dois fatores, demonstrando ser um instrumento útil e apropriado na prática clínica. No entanto, esta estrutura é consistente com a natureza sintomática de PTED revelada por um outro instrumento Bern Embitterment Scale (21).

A Escala PTED relaciona-se positivamente e significativamente quer com os sintomas de regulação emocional quer com os sintomas de pós stress traumático. Em contrapartida, quando se analisa a relação entre os diferentes fatores da PTED e da EDRS verifica-se que o fator I e II da PTED com o fator Consciência da EDRS não se correlacionam positivamente, o mesmo acontece ao fator II da PTED com o fator Clareza da EDRS.

## 5- Referências bibliográficas

1. Linden, M. & Maercker, Embitterment Societal, psychological, and clinical perspectives (2011).
2. Linden, M. (2003). The Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 195-2302
3. Linden, M., Rotter, M, Baumann, K., Lieberei, B. (2007) The Post-Traumatic Embitterment (PTED). Hogrefe Huber, Bern.
4. Kissane DW, Clarke DM, Street AF (2001) Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 17:12–21
5. Clarke DM, Kissane DW (2002) Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 36:733–42
6. Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B (2008) Posttraumatic embitterment disorder in comparison to other mental disorders. *Psychother Psychosom* 77:50–56
7. APA. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington
8. Linden M (2006) Minimal emotional dysfunctions (MED) in personality disorders. *Eur J Psychiatry* 21:325 – 332
9. Pincus A L, Ansell E B, Pimentel C A, Cain N M, Wright G C, Levy K N (2009) Initial construction and validation of the pathological narcissism inventory. *Psychol Assess* 21:365 – 379
10. Simon RI (2001) Distinguishing trauma-associated narcissistic symptoms from posttraumatic stress disorder: A diagnostic challenge. *Harv Rev Psychiatry* 10:28 – 36
11. Ünal, S., Güney, S., Kartalçı, S., Reyhani, I., (2011) The Study of The Reliability and Validity of The Turkish Version of Post Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Self-Rating Scale). *The Journal of Psychiatric and Neurological Sciences*. 24: 32-37.
12. Linden M, Baumann K, Rotter M, Schippan B. The psychopathology of posttraumatic embitterment disorder (PTED). *Psychopathology* 2007;/40:159-165.
13. Hasanoglu A. Suggestion of a new diagnostic category: Posttraumatic embitterment disorder [Turkish]. *Türk psikiyatri dergisi* 2008; 19:94–100.
14. Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Lorenz, C., & Rotter, M., Treatment of Posttraumatic Embitterment Disorder with Cognitive Behaviour Therapy Based on

- Wisdom Psychological and Hedonia Strategies. *Psychother Psychosom* 2011, 80:199-205.
15. Linden M, (n.d.) Embitterment in a Cultural Context
  16. Hauer, B.J.A., Wessel, I., & Merckelbach, H. (2006). Intrusions, avoidance and overgeneral memory in nonclinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 264–268.
  17. Linden M, Baumann K, Lieberei B, Rotter M. The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale). *Clin Psychol Psychother* 2009; 16:139–147.
  18. Linden M, Baumann K, Lieberei B, & Rotter M (2008). Diagnostic criteria and the standardized diagnostic interview for posttraumatic embitterment disorder (PTED). *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 12, 93–96.
  19. Dobricki M, Maercker A: (Post-traumatic) embitterment disorder: a critical evaluation of its stressor criterion and a proposed revised classification. *Nord J Psychiatric* 2010; 64:147-152.
  20. Rotter M, (2009) Reactive Embitterment Conceptualization, Relevancy and Differentiation.
  21. Znoj, H. (2009). *Manual Berner Verbitterungs-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.
  22. Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.
  23. Frade B, (2010) Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do *Inventory of Complicated Grief*.
  24. Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37 (4), 145-51.
  25. Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., & Lejuez, C. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850–855.
  26. Pestana, M. H. & Gageiro, J. G. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Silabo.
  27. Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction: an introduction*. Age Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. Vol 82. Los Angeles: Sage.

28. Cattell, R. B. (1966). The Scree Test For The Number Of Factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1 (2), 245-276.
29. Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.

(TABELA 1)

	<b>Nº de itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>PTED</b>	19	20.91	3.47

(TABELA 2)

	Não verdadeiro	é Difícilmente verdadeiro	é Parcialmente verdadeiro	Muito verdadeiro	Extremamente verdadeiro
<b>Item 1</b>	21.1% (n= 39)	12.4% (n=23)	15.4% (n=29)	39.5% (n=73)	11.4% (n=21)
<b>Item 2</b>	36.2% (n= 67)	16.8% (n=31)	21.6% (n=40)	23.2% (n=43)	2.2% (n=4)
<b>Item 3</b>	27.0% (n= 50)	16.2% (n=30)	20.5% (n=38)	23.2% (n=43)	13.0% (n=24)
<b>Item 4</b>	40.0% (n= 74)	23.2% (n=43)	22.7% (n=42)	11.9% (n=22)	2.2% (n=4)
<b>Item 5</b>	30.3% (n= 56)	20.5% (n=38)	23.8% (n=43)	20.0% (n=37)	5.9% (n=11)
<b>Item 6</b>	70.3% (n= 130)	13.5% (n=25)	10.8% (n=20)	4.9% (n=9)	0.5% (n=1)
<b>Item 7</b>	65.4% (n= 121)	20.0% (n=37)	10.8% (n=20)	2.7% (n=5)	1.1% (n=2)
<b>Item 8</b>	60.5% (n= 112)	16.2% (n=30)	13.5% (n=25)	8.1% (n=15)	1.6% (n=3)
<b>Item 9</b>	36.8% (n= 68)	24.9% (n=46)	15.7% (n=29)	19.5% (n=36)	3.2% (n=6)
<b>Item 10</b>	46.7% (n= 86)	14.7% (n=27)	20.7% (n=38)	15.8% (n=29)	2.2% (n=4)
<b>Item 11</b>	47.6% (n= 88)	17.3% (n=32)	14.6% (n=27)	14.1% (n=26)	6.5% (n=12)
<b>Item 12</b>	60.5% (n= 112)	16.2% (n=30)	12.4% (n=23)	7.6% (n=14)	3.2% (n=6)
<b>Item 13</b>	69.2% (n= 128)	13.5% (n=25)	11.9% (n=22)	3.8% (n=7)	1.6% (n=3)
<b>Item 14</b>	56.8% (n= 105)	19.5% (n=36)	14.6% (n=27)	7.6% (n=14)	1.6% (n=3)
<b>Item 15</b>	50.8% (n= 94)	17.8% (n=33)	14.1% (n=26)	14.6% (n=27)	2.7% (n=5)
<b>Item 16</b>	51.4% (n= 95)	17.8% (n=33)	11.9% (n=22)	16.2% (n=30)	2.7% (n=5)
<b>Item 17</b>	71.9% (n= 133)	12.4% (n=23)	9.7% (n=18)	4.3% (n=8)	1.6% (n=3)
<b>Item 18</b>	70.8%	11.9%	10.8%	5.4%	1.1%

	(n= 131)	(n=22)	(n=20)	(n=10)	(n=2)
<b>Item 19</b>	44.9%	18.9%	17.3%	12.4%	6.5%
	(n= 83)	(n=35)	(n=32)	(n=23)	(n=12)

(TABELA 3)

<b>Item</b>	<b>Fator I</b>	<b>Fator II</b>	<b>Fator III</b>
<b>Item 1</b>		0.841	
<b>Item 2</b>		0.753	
<b>Item 3</b>		0.831	
<b>Item 4</b>		0.672	
<b>Item 5</b>		0.766	
<b>Item 6</b>			0.741
<b>Item 7</b>			0.852
<b>Item 8</b>			0.612
<b>Item 9</b>	0.571		
<b>Item 10</b>		0.648	
<b>Item 11</b>	0.582		
<b>Item 12</b>	0.712		
<b>Item 13</b>			0.452
<b>Item 14</b>	0.786		
<b>Item 15</b>	0.694		
<b>Item 16</b>	0.637		
<b>Item 17</b>	0.727		
<b>Item 18</b>	0.789		
<b>Item 19</b>		0.572	



(TABELA 4)

	EDRS Estratégias	EDRS Não Aceitação	EDRS Consciência	EDRS Impulsos	EDRS Objetivos	EDRS Clareza	EDRS Total	IES-R Intrusão	IER-S Hipervigilância	IES-R Evitamento	IES-R Embotamento	IES-R Total
<b>PTED total</b>	,511**	,364**	,139	,467**	,425**	,210**	,482**	,561**	,605**	,459**	,432**	,613**
<b>PTED fator 1</b>	,481**	,339**	,167	,439**	,452**	,262**	,480**	,502**	,565**	,437**	,411**	,566**
<b>PTED fator 2</b>	,411**	,267**	,025	,362**	,319**	,079	,348**	,525**	,550**	,420**	,370**	,562**
<b>PTED fator 3</b>	,472**	,425**	,250*	,515**	,337**	,330**	,516**	,415**	,423**	,305**	,341**	,439**

\*\* p&lt;0.01

\*p&lt;0.05

***Abstract* para submissão para comunicação oral: “13º European Congress of  
Psychology Stockholm, Sweden 9-12 July 2013**

**Título:** Tradução e validação da versão portuguesa da *Post-Traumatic Embitterment  
Disorder (PTED) Scale*

**Autores:** Débora Freitas, Vânia Bastos, Ana Teixeira, José C. Rocha  
UnIPSa-CICS, ISCS-N – CESPu, Portugal

Negative life events are part of life cycle, whether or not traumatic events. Post Traumatic Embitterment Disorder is a psychological reaction to some extremely stressful life events. The event typically involves injustice, insulting and/or personal humiliation. Traumatic events of this type include labor disputes, unemployment, death of a parent, divorce, serious illness, loss or separation experience. The characteristic symptoms may be: repetitive unwanted memories of the event, depressed mood, insomnia, hyperactivity, irritability, restlessness, resignation. Individuals avoid places or people associated with the event and they may become unable to work, have suicidal ideation, impulsivity, aggression and homicidal ideas, show decreased performance in their daily activities and their functions.

This study aims to validate the Portuguese version of PTED Scale, to analyze its psychometric characteristics, and to verify if the factor structure in a Portuguese sample is consistent with the concept. In The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale) is a self-report scale of Likert with 19 items which was translated keeping the same structure and instructions. Other instruments used were: a sociodemographic questionnaire constructed for the purpose of characterizing the sample, Impact of Event Scale-Revised - IES-R, the Difficulties in Emotion Regulation Scale (EDRS). The sample consists of 185 students from the School of the Sousa Valley. Their ages are between 18 and 44 years ( $M = 20,91$   $SD = 3,47$ ). Regarding gender, 143 students are female and 42 male.

The results show (a) the general characteristics of the scale; (b) reliability, Cronbach's alpha of 0.94, (c) external validity, Pearson's  $r$  0.613 with the IES-R Pearson  $r$  of 0.48 to EDRS. The Portuguese version of the PTED Scale has good psychometric characteristics at it enables a relevant discussion on the multidimensional nature of the concept of embitterment.

**Keywords:** Traumatic events, embitterment, psychometrics characteristics.