

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

PAULA DA ROCHA MARQUES

EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS E TRAUMÁTICAS EM MULHERES INTERNADAS COM PERTURBAÇÕES DE HUMOR



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2009



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

PAULA DA ROCHA MARQUES

**EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS E TRAUMÁTICAS EM
MULHERES INTERNADAS COM PERTURBAÇÕES DE
HUMOR**

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia

Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Sandra Oliveira, Professora Auxiliar no ISMT

Co-Orientadora: Mestre Helena Espírito Santo, Professora Assistentes no ISMT

Coimbra, Setembro 2009

Figura da Capa: Esta imagem é da autoria de Salvador Dali (1904-1989). Salvador Dali é considerado o melhor artista do movimento surrealista e um dos melhores mestres de arte do século XX. Tem como nome *Galatea of Spheres* e foi pintada em 1952. É uma imagem dupla de Gala (sua mulher) que combina a espiritualidade e a ciência, as duas obsessões dos trabalhos de Salvador Dali.

A *Galatea of Spheres* representa Gala através de vários pedaços juntos representados por diversas esferas. Esta obra está exposta no Museu-Teatro Gali juntamente com os trabalhos da carreira do artista.

AGRADECIMENTOS

A finalização desta investigação foi mais uma etapa a ultrapassar. Irei agradecer às pessoas que verdadeiramente contribuíram em todo o processo envolvente.

Um agradecimento muito especial à minha Co-Orientadora Mestre Helena Espírito Santo. De todas as dificuldades encontradas, conseguiu-se sempre ultrapassar e prosseguir. Considero que se hoje consegui finalizar esta etapa e adquirir conhecimentos que não tinha, os devo à minha Co-Orientadora. Agradeço-lhe a sua dedicação, a sua ajuda e disponibilidade incondicional.

Quero também agradecer aos meus familiares, em especial à minha mãe, irmã e namorado pelo apoio dado, pela ajuda incondicionalmente, pela disponibilidade e auxílio prestado. Essencialmente pela infinita paciência, que apesar de todo mal-humor que muitas vezes me encontrava, eles nunca me abandonaram e estiveram sempre ao meu lado, e isso irei agradecer sempre!

Agradeço aos meus amigos, em particular à minha amiga Alexandra Vaz que me auxiliou durante todas as dificuldades, dando-me ânimo e armas que me ajudaram a ultrapassar as dúvidas que pontualmente tinha. Assim como também à minha amiga Carolina Almeida que me auxiliou na passagem dos questionários, sendo imprescindível para a recolha da amostra.

A todas as utentes que eu conheci e que se aceitaram participar neste investigação.

E por último, mas não com menos valor, um obrigada às minhas colegas de orientação de mestrado, que juntas formámos uma excelente equipa e partilhámos as nossas angústias e frustrações vividas diariamente neste recente percurso.

A todos os que não nomeio, mas que me auxiliaram sempre, fica também expresso o meu eterno agradecimento.

A todos um Muito Obrigada!

RESUMO

Esta investigação pretendeu averiguar se mulheres internadas com Perturbações de Humor dissociam e se o trauma se relaciona com os sintomas dissociativos.

Selecionámos consecutivamente 41 mulheres em regime de internamento, com idades compreendidas entre os 22 e 77 anos. A amostra foi dividida em subamostras: doentes com Perturbação Depressiva ($n = 25$), Perturbação Bipolar ($n = 6$), e Outras Perturbações de Humor ($n = 10$).

Para a confirmação dos diagnósticos psicopatológicos, recorremos a uma entrevista estruturada, a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Na recolha dos dados usámos a *Dissociative Experiences Scale* (DES) e o *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) para avaliar as experiências dissociativas e traumáticas. Para controlar os sintomas depressivos e psicopatológicos aplicámos o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) respectivamente.

Os doentes com perturbações de humor, no seu todo, pontuam mais alto no factor distractibilidade do DES e tiveram experiências traumáticas particularmente elevadas dos 0 aos 6 anos e na família de origem. Não se verificaram diferenças significativas entre as subamostras, nem na dissociação, nem no trauma. Não observámos relação significativa entre as experiências dissociativas e traumáticas. Todavia, estas variáveis associaram-se com o BDI e BSI. Por fim, verificámos que o sintoma de hostilidade prediz a dissociação.

O nosso estudo é o primeiro a investigar as experiências traumáticas em doentes com Perturbações de Humor e a obter estes resultados. A nossa amostra não foi equilibrada nos três tipos de patologia, pelo que os nossos resultados deveriam ser confirmados num estudo futuro.

Palavras-Chave: Experiências Dissociativas, Experiências Traumáticas, Perturbação de Humor, Sintomas psicopatológicos, Depressão.

ABSTRACT

This research tried to determine if inpatient women with Mood Disorders usually dissociate and if the trauma is important in the development of dissociative symptoms.

We evaluated 41 women consecutively inpatient, aged between 22 and 77 years. The sample was divided into subsamples: patients with Depressive Disorder ($n = 25$), Bipolar Disorder ($n = 6$), and Other Mood Disorders ($n = 10$).

For confirmation of psychopathological diagnoses we used a structure interview, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). In collecting the data we used the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Traumatic Experiences Checklist (TEC) to evaluate the dissociative experiences and trauma. To control the depressive and psychopathological symptoms we used Beck Depression Inventory (BDI) and the Brief Symptom Inventory (BSI) correspondingly.

Patients with mood disorders, as a whole, scored higher on distractibility factor of the DES and have had traumatic experiences particularly high from 0 to 6 years old and in the family of origin. There were no significant differences between the subsamples, nether on the dissociation, nether on trauma. No significant relationship between dissociative and traumatic experiences. However, these variables were associated with the BDI and BSI. Finally, we found that the symptom of hostility predicts dissociation.

Our study is the first to investigate the traumatic experiences in patients with Mood Disorders and acquiring these results. Our sample was not balanced in the three types of pathology, so our results should be confirmed in future studies.

Key-Words: Dissociative Experiences, Traumatic Experiences, Mood Disorders, Psychopathologic Symptoms, Depression.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Objectivos.....	6
MATERIAIS E MÉTODOS	8
Amostras e Procedimentos	8
Instrumentos	10
Análise Estatística	12
RESULTADOS	14
Descritivas	14
Correlação entre Experiências Traumáticas, Dissociativas e a Psicopatologia.....	16
Correlação entre Experiências Dissociativas e Sintomas Psicopatológicos.....	18
Variáveis Predictoras da Dissociação Patológica.....	19
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	21
Análise da dissociação e do trauma.....	21
Relação entre Dissociação e Trauma.....	23
Predictores da Dissociação Patológica.....	23
Conclusões.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	
ANEXO 1: Descrição das Perturbações de Humor (segundo DSM-IV-TR)	
ANEXO 2: <i>Dissociative Experiences Scale</i> (DES)	
ANEXO 3: <i>Traumatic Experiences Checklist</i> (TEC)	
ANEXO 4: <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	
ANEXO 5: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI)	
APÊNDICES	
APÊNDICE A: Declaração de Consentimento Informado	
APÊNDICE B: Todas as Correlações das Variáveis Estudadas	
APÊNDICE C: Coeficientes de Colienariedade	

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1: <i>Caracterização de uma Amostra de Doentes com Perturbações de Humor (N=41).</i>	9
Quadro 2: <i>Diferenças nas Pontuações Médias das três Subamostras (Deprimidas = 25, Bipolares = 6 e Outros = 10) nos Totais e em Subescalas do Traumatic Experiences Checklist (TEC), no total e em cada Factor da Dissociative Experiences Scale (DES), no total do Beck Depression Inventory (BDI) e no total e cada sintoma do Brief Symptom Inventory (BSI) (N = 41).</i>	14
Quadro 3: <i>Correlações entre as Experiências Traumáticas (TEC e Subescalas), Experiências Dissociativas (DES e Factores) e Sintomas Psicopatológicos (BDI e BSI) em Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).</i>	17
Quadro 4: <i>Correlações entre as Experiências Dissociativas (DES e Factores) e Sintomas Psicopatológicos (BDI e BSI) em Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).</i>	18
Quadro 5: <i>Análise da Influência das Experiências Traumáticas, das Variáveis Psicopatológicas e das Variáveis Sociodemográficas na Dissociação Patológica através da Regressão Logística Univariada em Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).</i>	19

INTRODUÇÃO

No dicionário de português, dissociação “é a acção de dissociar ou dissociar-se; decomposição parcial dos corpos em duas ou mais porções que podem depois, combinando-se, reproduzir o corpo primitivo” e dissociar significa “separar (o que estava associado), desunir e desagregar” (Machado, 1991, p. 492). Segundo o DSM-IV-TR, a dissociação é a “disfunção das funções normalmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção” (American Psychological Association, 2002, p. 519).

De acordo com Bernstein e Putnam (1986, p.727):

Dissociation is a lack of the normal integration of thoughts, feelings, and experiences into the stream of consciousness and memory. Dissociation occurs to some degree in normal individuals and is thought to be more prevalent in persons with major mental illnesses¹.

A dissociação tem sido reconhecida, tanto como um processo normal, como um mecanismo psicopatológico que detém um papel importante na psicopatologia de diversas perturbações mentais (Bernstein & Putnam, 1986). A dissociação significa que dois ou mais processos ou conteúdos mentais não estão associados ou integrados na consciência, memória ou identidade (APA, 2002)². Nos episódios recorrentes de dissociação é frequente o aparecimento de sintomas de dissociativos e de diversos sintomas secundários. Os sintomas secundários como a depressão e ansiedade, podem resultar de processos não dissociativos activados por experiências traumáticas ou de respostas reactivas ao *stress* causado por experiências dissociativas intensas. A experiência clínica indica que, se o processo dissociativo for abordado directamente na terapia, os sintomas secundários e reactivos serão resistentes ao tratamento (Putnam, 1991). Segundo o DSM-IV-TR, os sintomas dissociativos podem ser incluídos em todas as perturbações dissociativas, bem como na *Perturbação de Pós-Stress Traumático* (PSPT), na *Perturbação Aguda de Stress* e na *Perturbação Somatoforme* (APA, 2002).

Após uma pesquisa bibliográfica, concluímos que existem diversos instrumentos de auto-avaliação da dissociação. Nomeadamente, a *Perceptual Alteration Scale* (PAS; Sanders, 1986); o *Questionnaire of Experiences of Dissociation* (QED; Riley, 1988); o *Dissociative*

¹ “A dissociação é uma falha na integração normal dos pensamentos, sentimentos e experiências na corrente da consciência e da memória. A dissociação ocorre, até determinado ponto, em indivíduos normais e pensa-se que é mais prevalente em pessoas com graves doenças mentais”.

² Para alguns autores existem dois tipos de dissociação, psicoforme e somatoforme (Nijenhuis, 2000; Nijenhuis et al., 1996; Sar et al., 2000; van der Hart et al, 2000). A psicoforme relacionar-se-á somente com os aspectos mentais e a somatoforme com os aspectos sensoriais e motores. Por isso, Nijenhuis e colaboradores (2003) dão uma definição mais abrangente da dissociação como uma perda de integração da consciência, memória, identidade e percepção do ambiente e das experiências, funções e respostas sensoriais.

Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1991); o *Multiscale Dissociation Inventory* (MDI; Briere, Weathers, & Runtz, 2005); o *Multidimensional Inventory of Dissociation* (MID; Dell, 2006) e a *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993). A DES tem sido o instrumento mais usado e está validado em Portugal (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009).

Alguns estudos mostraram a existência de comorbilidade entre sintomas dissociativos com outros sintomas psicopatológicos. Esta relação foi encontrada em estudos na população em geral e em estudos na população clínica. Os doentes com perturbação dissociativa mostram uma comorbilidade significativa com Perturbação Bipolar (e.g., Horen, Leichner, & Lawson, 1995); com PSPT (e.g., Bosch, Verheul, Langeland, & Brink, 2003; Briere et al., 2005; Saxe et al., 1993); com Perturbações Ansiosas (e.g., Hunter, Sierra, & David, 2004); com Perturbação Somatoforme (e.g., Martínez-Taboas, 1991; Sar, Yargt, & Tutkun, 1996; Sar et al., 2007; Saxe et al., 1994; Tutkun et al., 1998); com perturbação conversiva (e.g., Martínez-Taboas, 1991; Sar, Akyüz, Kundakçı, Kızıltan, & Dogan, 2004; Tezcan et al., 2003; Saxe et al., 1994); com Perturbação da Personalidade Borderline (e.g., Horen et al., 1995; Lipsanen, Saarijärvi, & Lauerma, 2004; Sar et al., 2003, 2007; Saxe et al., 1993; Bosch et al., 2003; Tutkun et al., 1998; Watson, Chilton, Fairchild, & Whewell, 2006); e especialmente com sintomas depressivos/episódios de depressão *major* e ideação suicida (e.g., Alvi & Minhas, 2008; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, & Lipschitz, 2006; Foote, Smolin, Neft, & Lipschitz, 2008; Lipsanen et al., 2004; Maaranen et al., 2005; Saxe et al., 1993; Sar et al., 2007; Tutkun et al., 1998).

Existem muitas investigações que procuraram estudar se a dissociação variava consoante as características sociodemográficas. Os estudos mostraram dados contraditórios sobre a relação entre a dissociação patológica e o sexo. Algumas investigações revelaram que, na dissociação, não há diferenças entre homens e mulheres na população psiquiátrica (Baker et al., 2003; Sar et al., 2007; Spitzer et al., 2003; Tezcan et al., 2003; Waller et al., 2000) e na população normal (Putnam, 1991). Outras investigações revelaram que as mulheres dissociam mais (Maaranen et al., 2005; Tutkun et al., 1998). Uma investigação encontrou níveis de dissociação mais altos entre os homens (Seedat, Stein, & Forde, 2003). Alguns estudos demonstraram que ambos os sexos são mais vulneráveis à dissociação patológica quando têm sintomas de ideação paranóide, psicoticismo e depressão avaliados pelo BSI (Espírito Santo & Pio-Abreu, 2007; Merckelbach & Giesbrecht, 2006; Rufer, Fricke, Held, Cremer, & Hand, 2006). No estudo português, as mulheres com dissociação patológica tiveram mais sintomas de psicoticismo e ideação paranóide (Espírito Santo & Pio-Abreu, 2008). Outros estudos

encontraram menos dissociação patológica entre doentes mais velhos (Espírito Santo & Pio-Abreu, 2007; Näring & Nijenhuis, 2005). O nível educacional associou-se negativamente com a dissociação (Dunn, Paolo, Ryan, & Van Fleet, 1993; Espírito Santo & Pio-Abreu, 2007).

A questão da etiologia dos sintomas e patologias dissociativas têm sido fonte de extensa investigação. A ideia de que experiências traumáticas causam sintomas dissociativos é um tema muito referenciado na literatura clínica (Briere et al., 2005; Classen, Koopman, & Spiegel, 1993; Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart, & Vanderlinden, 1998; Merckelbach & Muris, 2001; Putnam et al., 1996; Saxe et al., 1993; Spiegel, 1991; Xiao et al., 2006), mas é uma ideia controversa (Merckelbach & Muris, 2001).

Classen e colaboradores (1993) e Tillman, Nash e Lerner (1994) definiram trauma como uma interrupção física abrupta da experiência quotidiana. O trauma é muitas vezes acompanhado por uma perda do controlo sobre corpo. Perda que pode causar uma descontinuidade relevante, tanto na experiência física como na psicológica. O DSM-IV-TR define experiência traumática como a que se desenvolve após a “exposição a um *stressor* traumático extremo, implicando uma experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física” (APA, 2002, p. 463), seja apenas pela observação dessa experiência ou por se conhecê-la. As experiências traumáticas podem surgir de várias formas. Podem ocorrer de forma inesperada e de duração relativamente curta, por exemplo, num terramoto ou numa violação. Podem também ocorrer de forma inesperada, mas ser mais prolongada, como é o caso de ser raptado ou mantido em cativeiro. Por vezes, as experiências traumáticas podem ser repetitivas e antecipadas, como o reviver momentâneo de acontecimentos passados em guerra ou abuso/assédio sexual na infância (APA, 2002). As consequências do trauma são tão variadas como os traumas existentes, assim como as pessoas que são vítimas. Apesar destas diferenças, sintomas como a ansiedade fazem geralmente parte da normalidade esperável após a vivência de uma experiência traumática. No entanto, reacções como a dissociação são também comuns entre as pessoas que passam por experiências traumáticas. Para que se mantenham na normalidade, as respostas dissociativas devem desaparecer ao longo do tempo. De qualquer maneira, a extensão dos sintomas dissociativos depende de cada pessoa e da natureza do trauma vivenciado (Classen et al., 1993; Putnam, 1991).

A literatura evidenciou a existência de diferentes instrumentos para avaliar as experiências traumáticas. Enumeramos alguns exemplos: a *Impact of Events Scale* (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), a *Structured Trauma Interview* (STI; Draijer, 1989), o *Traumatic Antecedents Questionnaire* (TAQ; Herman, Perry, & van der Kolk, 1989), o *Trauma Symptom*

Inventory (TSI; Briere, 1995), o *Trauma History Questionnaire* (THQ; Green, 1996), o *Traumatic Experiences Inventory* (TEI; Sprang, 1997), o *Traumatic Events Screening Inventory* (TESI; Rogers et al., 1996), o *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ; Kubany et al., 2000), o *Traumatic Experiences Checklist* (TEC; Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002). A TEC tem sido o instrumento mais estudado em associação com a DES e está validado para a população portuguesa.

Castillo (1997), Putnam (1991) e Tillman e equipa (1994) afirmaram existir uma relação entre os traumas passados na infância e sintomas dissociativos na fase adulta. É possível que a manifestação de sintomas dissociativos ou outros sintomas psiquiátricos na idade adulta se deva a diversos abusos enquanto crianças. Waller e colaboradores (2000) apresentaram uma investigação sobre associação entre o trauma infantil com a dissociação. Os autores referiram uma associação negativa entre o abuso sexual e a dissociação patológica. Putnam e equipa (1996) referiram a existência de numerosos estudos clínicos que estabeleciam elevados níveis de dissociação associados a antecedentes traumáticos. Saxe e equipa (1993), ao examinarem o perfil psicológico de pacientes com elevados valores da DES, também concluíram que estes valores elevados relacionavam-se com as narrativas de traumas na infância. Nijenhuis e colaboradores (1998) concluíram que a perturbação dissociativa reportava para uma elevada prevalência de experiências traumáticas, quando comparada com pacientes sem esse diagnóstico.

Os vários autores citados contribuíram também para uma clarificação sobre a relação entre trauma e dissociação. Por exemplo, Putnam (1991), Putnam e equipa (1989) e Classen e colaboradores (1993) conceptualizaram a dissociação como uma resposta inicial e adaptativa a acontecimentos traumáticos. Os autores consideraram que a dissociação poderia contribuir de certo modo para a interiorização das experiências traumáticas e assim reduzir o seu impacto. Ou seja, a dissociação poderia ser considerada como uma defesa e como uma forma de *coping* perante acontecimentos intensamente *stressantes*, podendo mesmo contribuir para uma perturbação dissociativa.

Quando se estuda a dissociação e sua relação com o trauma, a depressão é um sintoma que se destaca. Bob, Susta, Pavlat, Hynek e Raboch (2005) e Bob e equipa (2007, 2008) concluíram que existe uma relação significativa entre experiências traumáticas, dissociação e depressão. Bob e equipa (2007, 2008) sugeriram que os níveis de prolactina sérica em pacientes com diagnóstico de perturbação de depressão unipolar estão relacionados com sintomas dissociativos. Os resultados do estudo confirmaram uma desregulação no eixo

hipotálamo-hipófise-suprarrenais, o que reactiva o *stress* psicossocial e sintomas dissociativos nos pacientes depressivos.

Molina-Serrano, Linotte, Amat, Souery e Barreto (2008) investigaram a ocorrência de experiências dissociativas em doentes com perturbação depressiva *major*. Os investigadores dividiram a sua amostra em doentes com história de trauma infantil e doentes sem história de trauma infantil. Concluíram que doentes com história de trauma infantil tinham valores dissociativos mais elevados do que doentes sem história de trauma infantil. Esta conclusão indicou que a presença de experiências dissociativas poderia ser um indicador importante na presença de trauma infantil. Os autores sugeriram a pesquisa de experiências traumáticas anteriores.

Patel e colaboradores (2007) realizaram um estudo sobre a relação entre imagens mentais intrusivas e dissociação, em doentes diagnosticados com depressão *major*. Os autores verificaram que a presença de dissociação, durante e após a exposição de acontecimentos negativos, afectava a natureza de futuras imagens mentais intrusivas. Patel e colaboradores (2007) concluíram que os doentes deprimidos estão mais propícios a reviver memórias sensoriais intrusivas do que imagens intrusivas. Contudo, ambas as formas encontraram-se associadas a elevados níveis de angústia e de descontrolo.

Swett e Halpert (1993) desenvolveram uma investigação com mulheres em regime de internamento, sendo avaliado a dissociação, os sintomas psicopatológicos e presença/ausência de abuso físico e sexual. Os investigadores recolheram informações de mulheres que tinham sido abusadas (fisicamente ou sexualmente) sobre: quando tinha ocorrido o primeiro abuso; a idade que tinham no abuso mais recente; o número total de abusos; e a relação que tinham com quem as abusou. Concluíram que as pontuações médias da dissociação e dos sintomas psicopatológicos (como ansiedade, hostilidade e psicoticismo) são significativamente mais elevadas em mulheres que descreveram presença de abuso.

O estudo de Lemos-Miller e Kearney (2006) foi um dos primeiros a apresentar um modelo empírico da relação entre dissociação, experiências traumáticas, depressão e sintomatologia de PTSD em jovens. Os autores argumentaram que este estudo podia facultar suporte para um modelo de vulnerabilidade dual entre a depressão e o PTSD. A presença de depressão foi especialmente importante quando se considerou o impacto que a dissociação e as experiências traumáticas podiam ter na vida de uma pessoa.

A finalidade do estudo desenvolvido por Boysan, Goldsmith, Çavu, Kayri e Keskin (2009) foi explorar as relações e analisar a dissociação, depressão e ansiedade estado-traço em pessoas que teriam sofrido de abuso físico e abuso sexual (ou mesmo os dois tipos abusos ou

nenhum tipo de abuso). Boysan e equipa (2009) indicaram que as relações entre ansiedade, depressão e sintomas dissociativos diferiam significativamente entre os doentes que descreveram abuso sexual daqueles que não relataram este tipo de abuso. Concluíram que a sintomatologia dissociativa relacionava-se diferentemente com a depressão e ansiedade de acordo com o tipo de abuso sofrido.

Maaranen e colaboradores (2005) concluíram existir diferenças estatisticamente significativas entre as perturbações dissociativas, diferentes estados de humor depressivos, alexitimia e suicídio na população em geral. Os autores encontraram associação entre a dissociação e os estados depressivos. A tendência de uma pessoa desenvolver uma perturbação dissociativa está relacionada com perturbações depressivas. Porém, o risco de apresentar uma perturbação depressiva actual, apenas provocará momentaneamente sintomas dissociativos. A investigação de Collin-Vézina, Cyr, Pauzé e McDuff (2005) mostrou que o abuso sexual e familiar se relacionavam com as experiências traumáticas (físicas e emocionais), sintomas dissociativos e depressões recorrentes atravessados ao longo dos anos. Maaranen e colaboradores (2008) realizaram um estudo durante três anos na população geral. O objectivo foi verificar se havia estabilização nos sintomas dissociativos, medindo a dissociação (DES) e os sintomas depressivos (BDI). Os autores concluíram que as experiências dissociativas tinham tendência de se modificar e estavam interligadas com as oscilações registadas pelo BDI.

OBJECTIVOS

Pela análise que efectuámos das investigações anteriores, nenhuma analisou as experiências dissociativas e traumáticas nas diferentes perturbações do humor. É assim nosso objectivo principal averiguar se os doentes com perturbações de humor dissociam.

Depois, analisar se existem diferenças entre doentes com três tipos de perturbações de humor (perturbações depressivas, bipolares e outras) a nível das experiências dissociativas e traumáticas.

Conhecida a importância do trauma no desenvolvimento da dissociação em doentes com vários tipos de patologias surgiram diversos aspectos que faziam sentido serem averiguadas. Em primeiro, queremos saber que tipos de trauma viveram os doentes com perturbação de humor e se há diferenças nos grupos de doentes. Posteriormente, pretendemos investigar em que idade e em que contexto ocorreram as situações traumáticas principais, pois nenhum estudos analisou este aspecto. Seguidamente, queremos estudar que tipos de trauma se associam à dissociação patológica em doentes com perturbações de humor.

Finalmente, os estudos revistos mostraram que havia uma relação entre a dissociação e sintomatologia psicopatológica e os factores sociodemográficos (como a idade, o estado civil e o nível educacional). Por isso, tentaremos saber quais eram os factores que predizem a probabilidade das doentes com perturbações de humor terem níveis altos de dissociação.

De toda a revisão bibliográfica efectuada, não encontramos nenhuma investigação realizada em Portugal que relacionasse as experiências dissociativas e traumáticas em doentes com perturbações de humor. Houve, deste modo, a necessidade de perceber o que realmente acontece numa população com perturbação de humor e de alguma forma contribuir com algo de inovador.

MATERIAIS E MÉTODOS

AMOSTRAS E PROCEDIMENTOS

A presente investigação consiste num estudo exploratório/descritivo e correlacional³. É também um estudo transversal por ser limitado no tempo.

Recolhemos a amostra de conveniência na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova), na unidade de doentes agudas em regime de internamento curto⁴, entre Dezembro de 2008 a Março de 2009. A amostra incluiu 41 mulheres seleccionadas de forma consecutiva, em que duas mulheres se recusaram a participar no estudo e uma não foi escolhida por estar em episódio maníaco actual. Dividimos a amostra total em três subamostras constituídas por doentes com Perturbação Depressiva ($n = 25$), Perturbação Bipolar ($n = 6$), e Outras Perturbações de Humor ($n = 10$, três induzidas por substâncias e sete com perturbação de humor sem/com características psicóticas)⁵. Todas as mulheres estavam sob o efeito de psicofármacos (antidepressivos e benzodiazepinas) durante administração dos questionários.

Inquirimos nos espaços ao ar livre da própria unidade de internamento. Devido à sua situação clínica e ao seu baixo nível de escolaridade, os questionários foram lidos pelo avaliador, demorando em média 1hr 30min. A participação das doentes foi voluntária e informada, tendo em consideração os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2004). Para garantir a confidencialidade e o anonimato foi lido e assinado um formulário de consentimento informado (Apêndice A). Utilizámos a MINI⁶ como entrevista estruturada e para a recolha de dados foram utilizados quatro instrumentos: a DES (Anexo 2), a TEC (Anexo 3), o BDI (Anexo 4) e o BSI (Anexo 5). Explicámos que os instrumentos tinham a finalidade de investigação e não de intervenção psicoterapêutica.

As características sociodemográficas são apresentadas no Quadro 1. As nossas doentes tinham uma idade média de 49 anos, compreendida entre os 22 e os 77 anos. A diferença de idades entre as três subamostras não foi significativa ($p = 0,41$). A maioria das nossas doentes tinha o 1º ciclo de escolaridade (44%) e eram casadas (68%). A diferença no estado civil é estatisticamente significativa ($p = 0,03$).

³ Os objectivos destes estudos são: explorar, descrever fenómenos subjacentes e as características da população, e também explicar, identificar e prever a natureza das relações (Fortin, 2000).

⁴ A Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI) pertence às Irmãs Hospitaleiras e destina-se apenas à população do sexo feminino com mais de 16 anos. É uma instituição que se dedica ao tratamento e à reabilitação de doentes do foro psiquiátrico. A CSRSI dispõe de cinco unidades de tratamento de doentes crónicas e/ou psicogerítricas em regime de longo internamento e uma unidade de doentes agudas em regime de internamento curto.

⁵ As doentes foram classificadas segundo os critérios da DSM-IV-TR (Anexo 1).

⁶ Através da MINI confirmaram-se os diagnósticos: episódio depressivo *major* actual ($n = 21$) e passado ($n = 5$); episódio hipo e/ou maníaco ($n = 6$); dependência de álcool ($n = 3$) e perturbação de humor sem/com sintomas psicóticos actual ($n = 7$).

Quadro 1

Caracterização de uma Amostra de Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).

	Totais				Perturbações Depressivas (n = 25)				Perturbações Bipolares (n = 6)				Outras Perturbações (n = 10)				F/H	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
	Idade			48,93	14,10			46,76	13,51			49,67	12,32			53,90		
Anos de Escolaridade			7,29	4,44			6,92	4,06			9,83	5,91			6,70	4,37	1,17 [†]	0,32
Nível de Escolaridade																	0,68 [‡]	0,71
1º Ciclo	18	43,90			11	26,80			2	4,90			5	12,20				
2º Ciclo	13	31,70			9	22,00			2	4,90			2	4,90				
3º Ciclo	5	12,20			3	7,30			0	0			2	4,90				
Universitário	5	12,20			2	4,90			2	4,90			1	2,40				
Estado Civil																	7,29 [‡]	0,03*
Casadas	28	68,30			21	51,20			3	7,30			4	9,80				
Não-Casadas	13	31,70			4	9,80			3	7,30			6	14,60				

Notas: M = Média, DP = Desvio Padrão; p = nível de significância.

[†] Estatística F de ANOVA usada na comparação dos três grupos.

[‡] Estatística H de Kruskal-Wallis usada na comparação dos três grupos.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

INSTRUMENTOS

Para se proceder à confirmação dos diagnósticos psicopatológicos, utilizámos uma entrevista de diagnóstico estruturada, a MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). A versão portuguesa (5.0.0.) foi traduzida por Guterres, Levy e Amorim em 1999. É uma entrevista organizada por secções independentes de diagnóstico com o intuito de reduzir a duração da entrevista (para 15 a 30 minutos). Esta redução só é possível quando a prioridade do clínico é apenas a exploração de perturbações actuais, tendo assim um diagnóstico mais adequado (seja como episódio actual ou passado). É constituída por respostas dicotómicas (sim/não), em que para todas as secções, existe uma ou duas questões de entrada que permitem excluir ou incluir o diagnóstico (Amorim, 2000).

A *Dissociative Experiences Scale* (DES) foi construída por Bernstein e Putnam (1986) e é constituída por 28 itens de auto-resposta. A DES tanto serve para sinalizar a eventual presença ou ausência de perturbações dissociativas, como é considerada um meio confiável de medição da dissociação em populações normais e clínicas. Os itens da escala foram desenvolvidos usando uma população clínica (Bernstein & Putman, 1986). A DES foi validada para a população portuguesa por Espírito Santo e Pio Abreu (2009) com amostras clínicas e não-clínicas. As respostas são dadas através de uma escala de 0-100 que corresponde à percentagem apropriada que o sujeito sentiu ou experienciou em cada um dos itens propostos. O resultado final fornece os sintomas ou experiências dissociativas, reflectindo o número de experiências dissociativas diferentes. A versão portuguesa determinou um ponto de corte de 30 e ficou constituída por quatro subescalas: *despersonalização/desrealização*, *absorção*, *distractibilidade* e *memória perturbada*. A escala apresenta uma consistência interna elevada (α de Cronbach de 0,94). Os desvios-padrão encontrados no estudo português foram elevados, facto que pode ter resultado da presença de comorbilidade (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009).

O *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) é um questionário de experiências traumáticas elaborado por Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden (2002). A TEC já teve versões anteriores em que abordavam 25 experiências traumáticas (*Traumatic Experiences Questionnaire* – TEQ; Nijenhuis et al., 1998). Actualmente, é um questionário que aborda 29 experiências traumáticas diferentes, incluindo: a presença ou ausência da situação traumática (dando uma pontuação de 1 se há presença e de 0 se há ausência de situação traumática); a idade de início (se teve início durante os primeiros 6 anos de vida ou numa idade posterior); a duração do trauma; e o impacto que essas experiências tiveram na sua vida (num nível de

gravidade de 1= nenhum a 5 = muitíssimo). Avalia vários tipos de trauma: a negligência emocional, o abuso emocional, o abuso físico, a ameaça corporal, o assédio sexual e o abuso sexual, entre outros (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, van der Hart, Kruger, & Steele, 2004). O seu formato permite o cálculo da gravidade do trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional), do trauma físico (abuso físico e ameaça corporal) e do trauma sexual (abuso sexual e assédio sexual). A gravidade da área total de trauma pode variar de 0 a 13 (negligência e abuso emocional, abuso físico, assédio e abuso sexual) ou de 0 a 24 (ameaça corporal, dor e punições bizarras), através do cálculo total das presenças de experiências traumáticas. A TEC possibilita definir o contexto psicossocial em que o trauma ocorreu, ou seja, se na família de origem, na família afastada ou por elementos externos à família (Dom, Wilde, Hulstijn, & Sabbe, 2007; Nijenhuis et al., 1998, 2002, 2004). Na versão portuguesa a consistência interna da escala total é boa (alfa = 0,93). Nos tipos de trauma determinados subjectivamente, a consistência interna varia entre 0,78 e 0,87. A pontuação média total das presenças foi de $4,47 \pm 3,96$ (Espírito-Santo et al., 2009).

O *Beck Depression Inventory* (BDI) foi desenvolvido por Beck, Wad, Menelson, Mock e Erbaugh em 1961. O BDI foi validado para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio da Costa Abreu em 1973. É um instrumento composto por 21 itens que consistem nos sintomas cognitivos da depressão: estado de ânimo triste, pessimismo, incapacidade de decisão, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpabilidade, sentimento ou desejo de autopunição, ódio a si mesmo, auto-acusação, desejos suicidas, crises de choro, incapacidade de trabalhar, perturbação do sono, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido. Os sintomas são avaliados numa escala de Gutman que vai desde 0 que corresponde à inexistência do sintoma, até 3 que corresponde à manifestação mais grave do sintoma. Na versão portuguesa, a média das pontuações obtidas em indivíduos normais foi de $3,87 \pm 4,85$, e nos doentes deprimidos foi de $25,03 \pm 8,17$. Os autores consideraram o ponto de corte de 12 (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973)⁷.

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) é uma adaptação do SCL-90-R⁸. A criação do BSI foi uma tentativa de diminuir o tempo de preenchimento do SCL-90-R que era uma limitação em alguns contextos. Está validado para a população portuguesa e é dirigido para doentes de foro psiquiátrico/psicológico e para a população em geral (Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI é usado apenas com o intuito de indicar os sintomas do foro psicopatológico mais evidentes no sujeito. Por conseguinte, a sua utilização exclusiva não permite a formulação de um

⁷ Não foram encontrados dados sobre a consistência interna, tanto no BDI original como na versão portuguesa.

⁸ A versão revista do *Symptom Check-List* é composta por 90 itens.

diagnóstico. É um inventário de auto-resposta, em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. É composto por 53 itens e avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia, sendo elas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Avalia também três índices globais, nomeadamente: o índice geral de sintomas (IGS), o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos. É avaliado por meio de uma escala de Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde “nunca” a “muitíssimas vezes”. Na versão portuguesa a consistência interna entre as subescalas situa-se entre 0,62 e 0,80 (α de Cronbach). A média das pontuações na população geral foi de $0,84 \pm 0,48$, e na população clínica foi de $1,43 \pm 0,71$. A autora considera, como ponto de corte português, o valor igual ou superior a 1,7 indicando gravidade sintomatológica (Canavarro, 1995, 2007).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística usámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, para o Windows Vista versão 15.0).

No presente estudo, as variáveis de critério foram as experiências traumáticas medidas pela TEC, e as experiências dissociativas medidas pela DES. Incluímos as seguintes subescalas da TEC: o total das presenças, a gravidade do trauma (negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, ameaça corporal, assédio sexual e abuso sexual), a gravidade traumática total (período dos 0-6 anos, dos 7-12 anos, dos 13-18 anos, com ameaça corporal e sem ameaça corporal) e o trauma na família de origem. Em relação à DES, incluímos os seus quatro factores nas análises (despersonalização, absorção, distractibilidade e memória perturbada).

Empregámos o teste de Kolmogorov-Smirnov para averiguar sobre a normalidade das distribuições e assim tomarmos as decisões estatísticas apropriadas.

Comparámos os três grupos de doentes com perturbações de humor através das pontuações médias das experiências dissociativas, traumáticas e dos sintomas psicopatológicos. Para o efeito, usámos a análise da variância de uma via (ANOVA) com os *post-hoc* Hochberg GT2⁹, ou o teste Kruskal-Wallis¹⁰, consoante a distribuição das pontuações foi normal ou não.

⁹ Os *post-hoc* Hochberg GT2 foram utilizados porque as nossas subamostras tinham tamanhos diferentes e as variâncias eram iguais (Pestana & Gageiro, 2005).

¹⁰ Para aplicar este teste verificámos que as pontuações eram semelhantes (teste de Levene com significância entre 0,87 e 0,91) e a distribuição pelos grupos era semelhante e mesocúrtica (Pestana & Gageiro, 2005).

Usámos o teste *t* de *Student* para uma amostra¹¹ para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos questionários que aplicámos nas nossas subamostras e as médias obtidas nos estudos de validação dos mesmos questionários (DES, $M \pm DP = 18,63 \pm 10,19$, Espírito Santo & Pio Abreu, 2009; TEC, $M \pm DP = 4,47 \pm 3,96$, Espírito-Santo et al., 2009; BDI, $M \pm DP = 25,03 \pm 8,17$, Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973; BSI, $M \pm DP = 1,43 \pm 0,71$, Canavarro, 2007).

Usámos o *Ró* de Pearson para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo, ainda que este teste exija a normalidade das distribuições (Pestana & Gajairo, 2008), aspecto que não está presente nas medidas em análise. À partida, o teste indicado seria o *Ró* de Spearman que não exige normalidade. Todavia, testámos a igualdade entre os coeficientes de Pearson e de Spearman recorrendo à distribuição *Z* de Fisher (Cohen, 1988, pp. 111, 125). Verificámos que as probabilidades de rejeitar a hipótese nula sobre a igualdade dos coeficientes de correlação foram apenas de 7%, pelo que aceitámos a igualdade entre os dois coeficientes de correlação (Pestana & Gajairo, 2008). Seguidamente, calculámos as correlações parciais para medir a contribuição que algumas variáveis tinham na variação das variáveis de critérios, controlando os efeitos de outras variáveis que influenciavam a relação.

Procedemos à análise de regressão logística múltipla (Método *Stepwise forward Wald*)¹² para prever o valor das variáveis de critérios (DES) a partir de um conjunto de variáveis de predição. Para efectuar este procedimento estatístico tivemos de categorizar a variável de critério dissociação, que era contínua, em duas classes (presença de dissociação patológica > 30 e ausência de dissociação patológica < 29). Primeiramente, aplicámos a regressão logística univariada para todas as variáveis de interesse. Depois, para o modelo múltiplo, considerámos as variáveis que na análise univariada mostraram significância estatística ($p < 0,05$), mas que não se correlacionavam entre si¹³.

¹¹ Neste caso não foi necessário o recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov da aderência da normalidade, pois a dimensão da amostra total é superior a 30 (Maroco, 2003).

¹² Neste método as variáveis predictoras são introduzidas no modelo uma de cada vez, começando com a variável que tem a associação mais alta com a variável de critério. O modelo é calculado depois de cada variável ser acrescentada. O processo pára quando as variáveis adicionais não melhoram o valor de R^2 (Lang & Secic, 2006).

¹³ A distribuição das pontuações e dos resíduos da DES não eram normais, pelo que tivemos que recorrer à regressão logística, ao invés da regressão linear. A análise de regressão logística é usada quando a variável de critério é nominal (dicotómica) e as variáveis de predição são métricas ou dicotómicas. Este tipo de regressão não exige os pressupostos da normalidade, nem da linearidade e nem de homocedasticidade. Contudo, esta regressão é sensível a correlações altas entre variáveis predictoras (multicolinearidade) e a valores extremos (Chan, 2004; Pallant, 2007).

RESULTADOS

DESCRIPTIVAS

No Quadro 2 apresentamos as pontuações médias e os desvios-padrão dos vários instrumentos.

Quadro 2

Diferenças nas Pontuações Médias das três Subamostras (Deprimidas = 25, Bipolares = 6 e Outros = 10) nos Totais e em Subescalas do Traumatic Experiences Checklist (TEC), no total e em cada Factor da Dissociative Experiences Scale (DES), no total do Beck Depression Inventory (BDI) e no total e cada sintoma do Brief Symptom Inventory (BSI) (N = 41).

	Totais		Deprimidas		Bipolares		Outros		F/H	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
DES	25,04	11,93	24,86	12,38	28,33	13,34	23,50	10,72	0,30 [†]	0,74
Despersonalização	13,80	12,62	13,83	11,84	10,47	13,45	15,71	13,45	1,15 [‡]	0,56
Absorção	29,37	13,92	29,09	15,61	34,05	10,63	27,29	11,36	0,44 [†]	0,65
Distractibilidade	40,00	29,80	40,51	21,49	50,00	25,66	32,71	14,09	1,34 [†]	0,28
Memória Perturbada	13,66	12,42	14,13	13,91	11,94	11,13	13,50	9,89	0,07 [†]	0,93
TEC Total das presenças	6,76	3,24	6,28	3,03	5,83	3,13	8,50	3,47	3,54 [‡]	0,17
Gravidade do Trauma										
Negligência Emocional	4,65	5,54	4,56	5,61	5,00	6,39	4,30	5,44	0,05 [‡]	0,98
Abuso Emocional	3,46	5,06	2,56	4,75	4,33	6,71	5,20	4,71	3,36 [‡]	0,19
Abuso Físico	2,10	4,04	1,84	4,28	1,50	3,67	3,10	3,84	2,20 [‡]	0,19
Ameaça Corporal	2,39	4,15	1,96	4,25	1,50	3,67	4,00	4,14	4,76 [‡]	0,09
Assédio Sexual	0,46	0,92	0,40	0,87	0,33	0,82	0,70	1,16	0,67 [‡]	0,72
Abuso Sexual	0,39	1,43	0,24	0,88	0,33	0,82	0,80	2,53	0,35 [‡]	0,84
Gravidade Traumática Total										
Dos 0-6 anos	3,85	4,82	3,48	4,34	4,17	5,85	4,60	5,76	0,13 [‡]	0,94
Dos 7-12 anos	3,63	4,26	2,80	3,65	4,33	5,13	5,30	5,01	1,99 [‡]	0,37
Dos 13-18 anos	3,49	4,05	3,32	4,15	3,00	3,03	4,20	4,59	0,54 [‡]	0,77
S/ameaça corporal	10,98	11,64	9,72	11,45	11,50	13,66	15,00	11,78	1,41 [†]	0,49
C/ameaça corporal	11,27	11,76	9,60	11,44	11,50	13,66	14,10	11,52	1,98 [‡]	0,37
Trauma na família de origem	5,07	2,94	4,68	2,53	4,17	2,56	6,60	3,75	2,47 [‡]	0,29
BDI	30,83	10,51	31,60	10,26	30,33	11,83	29,30	11,31	0,26 [‡]	0,88
BSI (IGS)	1,83	0,65	1,83	0,62	1,92	0,25	1,78	0,89	0,08 [†]	0,92
Somatização	1,79	0,80	1,77	0,72	1,93	0,63	1,76	1,12	0,10 [†]	0,91
Sensibilid. Interpessoal	1,70	0,98	1,73	0,90	1,66	0,75	1,65	1,34	0,03 [†]	0,97
Ansiedade	1,75	0,77	1,94	0,88	1,94	0,42	1,78	0,68	0,26 [†]	0,78
Fobia	1,39	0,82	1,47	0,83	1,30	0,43	1,24	0,99	0,32 [†]	0,73
Psicoticismo	1,71	0,89	1,69	0,88	1,63	0,45	1,82	1,18	0,10 [†]	0,91
Obsessões	2,23	0,63	2,28	0,58	2,33	0,45	2,03	0,85	0,63 [†]	0,54
Depressão	2,51	0,94	2,55	0,97	2,75	0,33	2,28	1,11	0,49 [†]	0,79
Hostilidade	1,32	0,82	1,34	0,86	1,47	0,58	1,18	0,89	0,24 [†]	0,79
Paranóide	1,90	0,97	1,90	1,02	1,77	0,64	1,98	1,08	0,36 [‡]	0,84

Notas: M = Média, DP = Desvio Padrão; p = nível de significância, IGS = Índice Geral de Sintomas.

[†] Estatística F de ANOVA usada na comparação dos três grupos.

[‡] Estatística H de Kruskal-Wallis usada na comparação dos três grupos.

A pontuação média da DES é de $25,04 \pm 11,93$, em que o factor *distractibilidade* é o mais elevado ($M \pm DP = 40,00 \pm 29,80$). A média do DES é significativamente superior, em 6,41 pontos, em relação à média do estudo português com uma amostra psiquiátrica ($IC\ 95\% = 2,64$ e $10,17$; $t = 3,44$; $gl = 40$; $p = 0,001$). O factor *distractibilidade* apresenta uma pontuação média significativamente mais alta em relação à média portuguesa, com uma diferença de 14,08 ($IC\ 95\% = 7,52$ e $20,64$; $t = 4,34$; $gl = 40$; $p < 0,001$). As diferenças entre as subamostras não são significativas ($F = 0,30$; $p = 0,74$).

A pontuação média do *total das presenças* da TEC é de $6,76 \pm 3,24$, e é superior, de forma significativas, aos valores do estudo português ($IC\ 95\% = 1,26$ e $5,31$; $t = 4,52$; $gl = 40$; $p = 0,000$). Destaca-se a média da *gravidade do trauma por negligência emocional* ($M \pm DP = 4,65 \pm 5,54$). Nas pontuações médias da gravidade traumática total por períodos, *o período dos zero aos seis anos* ($M \pm DP = 3,85 \pm 4,82$) é o que apresenta a média mais alta e significativamente superior à média portuguesa ($IC\ 95\% = 0,60$ e $3,65$; $t = 2,82$; $gl = 40$; $p = 0,001$). A média da *gravidade do trauma na família de origem* é de $5,07 \pm 2,94$. Sendo superior de forma significativa em relação à média do estudo português ($IC\ 95\% = 1,08$ e $2,93$; $t = 4,37$; $gl = 40$; $p = 0,000$). Em toda TEC, não se destacam diferenças significativas entre as subamostras.

A média do total da amostra do BDI é de $30,83 \pm 10,51$. A pontuação média do BDI nesta amostra é significativamente superior à média do estudo português com uma amostra de doentes deprimidos. A diferença de médias no BDI é de 5,80 ($IC\ 95\%$ entre 2,48 e 9,12; $t = 3,53$; $gl = 40$; $p = 0,001$). Não há diferenças significativas nas pontuações entre as subamostras ($H = 0,26$; $p = 0,88$).

No BSI, a média total da *gravidade sintomatológica* é de 1,85 ($DP = 0,65$). O sintoma *depressão* tem a pontuação mais elevada ($M \pm DP = 2,51 \pm 0,94$). A média da *gravidade sintomatológica* é significativamente mais alta que a média portuguesa, com uma diferença de 0,40 ($IC\ 95\% = 0,20$ e $0,60$; $t = 3,96$; $gl = 40$; $p < 0,001$). As três subamostras não se distinguiram nas pontuações ($H = 0,49$; $p = 0,79$).

Na análise da variância, as variáveis sociodemográficas não influenciam as variáveis de critério (DES e TEC).

CORRELAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS, DISSOCIATIVAS E A PSICOPATOLOGIA

Apresentamos as correlações R de Pearson¹⁴ no Quadro 3 em relação ao trauma, dissociação e sintomas psicopatológicos.

O *total das presenças* nas diversas experiências traumáticas da TEC correlaciona-se fracamente com a gravidade sintomatológica e com o sintoma de sensibilidade interpessoal. Apresenta ainda uma correlação moderada com os sintomas de psicoticismo e de paranóia.

A *gravidade do trauma por negligência emocional* correlaciona-se moderadamente com a gravidade sintomatológica. A gravidade do trauma por negligência emocional correlaciona-se fracamente com o grau de sintomatologia depressiva, com o nível de sintomatologia de sensibilidade interpessoal, de psicoticismo, de obsessividade e de depressão.

A *gravidade traumática total ocorrida dos 0 aos 6 anos* (na primeira infância) correlaciona-se moderadamente com a gravidade sintomatológica, e fracamente com os níveis de depressão, com os sintomas de sensibilidade interpessoal e de psicoticismo.

A *gravidade traumática total ocorrida no período dos 13 aos 18 anos* correlaciona-se fracamente com os sintomas de sensibilidade interpessoal.

A *gravidade traumática total, quer com ameaça corporal, quer sem ameaça corporal*, correlacionam-se fracamente com a gravidade sintomatológica e com os sintomas de sensibilidade interpessoal e psicoticismo.

As *experiências traumáticas na família de origem* apresentam uma correlação moderada com a gravidade sintomatológica e com os sintomas psicóticos. O trauma na família de origem correlaciona-se fracamente com a sintomatologia depressiva, com os sintomas de sensibilidade interpessoal e de paranóia.

Todas as formas de trauma (excepto a *gravidade do trauma por assédio sexual*) se correlacionam significativamente, desde fracamente a moderadamente, com os sintomas de somatização.

Finalizando, as experiências traumáticas não apresentam significância estatística com as experiências dissociativas (com respectivos factores), com os sintomas de ansiedade, de fobia e de hostilidade. Por este motivo não processámos as correlações parciais.

¹⁴ Nas correlações baixas o R está entre 0,20 e 0,39, enquanto nas correlações moderadas o R está entre 0,40 a 0,69 (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 3

Correlações entre as Experiências Traumáticas (TEC e Subescalas), Experiências Dissociativas (DES e Factores) e Sintomas Psicopatológicos (BDI e BSI) em Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).

Variáveis	Gravidade do Trauma							Gravidade Traumática Total					Trauma na Família de Origem
	Total das Presenças	Negligência Emocional	Abuso Emocional	Abuso Físico	Ameaça Corporal	Assédio Sexual	Abuso Sexual	Dos 0-6 anos	Dos 7-12 anos	Dos 13-18 anos	C/ameaça corporal	S/ameaça corporal	
DES	0,07	0,12	0,19	-0,03	-0,02	-0,07	0,02	0,12	-0,01	0,21	0,12	0,13	0,14
Dsp	0,12	0,04	0,23	-0,07	-0,04	-0,11	-0,07	0,13	-0,02	0,08	0,10	0,09	0,20
Abs	0,03	0,27	0,13	0,12	0,12	0,06	-0,07	0,25	0,07	0,26	0,22	0,22	0,19
Dst	-0,42	0,00	0,13	-0,08	-0,09	-0,11	0,03	0,02	-0,09	0,14	0,02	0,02	-0,01
Mpt	0,05	-0,01	0,00	-0,06	-0,03	-0,03	0,18	-0,13	-0,05	0,18	0,03	-0,01	0,06
BDI	0,30	0,33*	0,20	0,01	0,06	-0,04	0,06	0,37*	0,18	0,18	0,26	0,25	0,32*
IGS	0,36*	0,40**	0,25	0,08	0,11	-0,07	0,19	0,40**	0,28	0,21	0,35*	0,34*	0,42**
Sm	0,38*	0,42**	0,35*	0,36*	0,39**	0,16	0,35*	0,53***	0,50***	0,39*	0,54***	0,53***	0,48**
SI	0,36*	0,35*	0,21	0,21	0,23	-0,03	0,25	0,36*	0,24	0,35*	0,37*	0,36*	0,39*
Ad	0,28	0,09	0,26	-0,07	-0,07	-0,13	-0,00	0,20	0,14	-0,04	0,12	0,12	0,27
Fb	0,18	0,27	0,25	-0,11	-0,09	-0,12	-0,04	0,28	0,08	0,11	0,18	0,19	0,27
Pt	0,44**	0,39**	0,16	0,13	0,18	0,03	0,10	0,39*	0,28	0,13	0,33*	0,31*	0,51**
Oc	0,11	0,31*	0,11	0,05	0,07	-0,04	0,28	0,22	0,22	0,22	0,25	0,25	0,12
Dp	0,15	0,35*	0,11	-0,09	-0,21	-0,09	-0,11	0,23	0,14	0,06	0,18	0,17	0,19
Ht	0,14	0,30	0,20	0,09	0,12	-0,18	0,86	0,29	0,18	0,19	0,27	0,25	0,29
Pn	0,42**	0,29	0,14	-0,11	-0,09	-0,16	0,05	0,24	0,73	0,07	0,16	0,15	0,37*

Notas: TEC = *Traumatic Experiences Checklist*; DES = *Dissociative Experiences Scale*; Dsp = Despersonalização; Abs = Absorção; Dst = Distractibilidade; Mpt = Memória Perturbada; BDI = *Beck Depression Inventory*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; IGS = Índice Geral de Sintomas; Sm = Somatização; SI = Sensibilidade Interpessoal; Ad = Ansiedade; Fb = Fobia; Pt = Psicoticismo; Oc = Obsessões-Compulsões; Dp = Depressão; Ht = Hostilidade; Pn = Paranoia.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

*** Correlações significativas ao nível de 0,00.

CORRELAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Apresentamos no Quadro 4 as correlações entre as experiências dissociativas medidas pelo DES e os sintomas psicopatológicos. O *total* da DES correlaciona-se moderadamente com os sintomas depressivos, com a sintomatologia psicopatológica, com os sintomas de sensibilidade interpessoal, de fobia e de hostilidade. O total das experiências dissociativas correlaciona-se fracamente com os sintomas de obsessividade, de depressão e de paranóia.

Em relação aos diferentes factores da dissociação, a *despersonalização* apresenta correlação moderada com a sintomatologia depressiva e com o sintoma de hostilidade. A *despersonalização* correlaciona-se fracamente com a gravidade sintomatológica, com o nível de sintomatologia de sensibilidade interpessoal, ansiosa, fóbica, depressiva e paranóide. O factor *absorção* das experiências dissociativas evidencia uma fraca correlação com a sintomatologia depressiva e com a hostilidade. O factor *distractibilidade* correlaciona-se moderadamente com os sintomas psicopatológicos, com os sintomas de sensibilidade interpessoal, de obsessividade e de hostilidade. A correlação apresenta-se fraca com o grau de sintomatologia depressiva, com o nível de sintomatologia fóbica e paranóide. O factor *memória perturbada* apresenta correlação fraca com os sintomas de sensibilidade interpessoal, e moderada com a obsessividade. As experiências dissociativas não se correlacionam com os sintomas de psicoticismo e de somatização.

Quadro 4

Correlações entre as Experiências Dissociativas (DES e Factores) e Sintomas Psicopatológicos (BDI e BSI) em Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).

Variáveis	DES				
	Total	Despersonalização	Absorção	Distractibilidade	Memória Perturbada
BDI	0,43***	0,48***	0,33*	0,34*	0,21
BSI (IGS)	0,41*	0,34*	0,21	0,41**	0,24
Sm	0,20	0,16	0,05	0,25	0,14
SI	0,50***	0,39**	0,18	0,52***	0,38*
Ad	0,26	0,31*	0,10	0,30	-0,03
Fb	0,40**	0,38*	0,23	0,32*	0,29
Pt	0,26	0,17	0,22	0,24	0,14
Oc	0,38*	0,17	0,09	0,44***	0,42**
Dp	0,35*	0,34*	0,24	0,30	0,21
Ht	0,49***	0,46***	0,39**	0,45***	0,18
Pn	0,37*	0,36*	0,07	0,39**	0,16

Notas: DES = *Dissociative Experiences Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; IGS = Índice Geral de Sintomas, Sm = Somatização, SI = Sensibilidade Interpessoal, Ad = Ansiedade, Fb = Fobia, Pt = Psicoticismo, Oc = Obsessões-Compulsões, Dp = Depressão, Ht = Hostilidade, Pn = Paranóia.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

*** Correlações significativas ao nível de 0,001.

VARIÁVEIS PREDITORAS DA DISSOCIAÇÃO PATOLÓGICA

No Quadro 5 mostramos os resultados da regressão logística univariada para a DES como variável de critério.

Quadro 5

Análise da Influência das Experiências Traumáticas, das Variáveis Psicopatológicas e das Variáveis Sociodemográficas na Dissociação Patológica através da Regressão Logística Univariada em Doentes com Perturbações de Humor (N = 41).

Variáveis	Coefficiente (β)	EP	X^2 Wald	p	OR	IC 95%
TEC Total de Presenças	0,03	0,10	0,07	0,79	1,03	0,84 a 1,25
Gravidade do Trauma						
Negligência Emocional	0,07	0,06	1,32	0,25	1,07	0,95 a 1,20
Abuso Emocional	0,10	0,07	2,33	0,13	1,11	0,97 a 1,26
Abuso físico	0,04	0,08	0,28	0,60	1,04	0,89 a 1,22
Ameaça Corporal	0,05	0,08	0,41	0,52	1,05	0,90 a 1,22
Assédio Sexual	0,13	0,35	0,14	0,71	1,14	0,56 a 2,25
Abuso Sexual	0,11	0,22	0,23	0,63	1,11	0,72 a 1,73
Gravidade Traumática Total						
Dos 0-6 anos	0,09	0,07	1,64	0,20	1,09	0,95 a 1,25
Dos 7-12 anos	0,06	0,08	0,64	0,42	1,06	0,92 a 1,24
Dos 13-18 anos	0,16	0,09	3,35	0,07	1,17	0,99 a 1,38
S/ ameaça corporal	0,04	0,03	2,15	0,14	1,04	0,99 a 1,10
C/ ameaça corporal	0,04	0,03	2,24	0,14	1,04	0,99 a 1,10
Trauma na Família de Origem	0,15	0,12	0,71	0,19	1,16	0,93 a 1,45
Variáveis Psicopatológicas						
BDI	0,09	0,04	4,90	0,03*	1,09	1,01 a 1,18
BSI (IGS)	1,41	0,69	4,12	0,04*	4,09	1,05 a 15,89
Somatização	0,57	0,43	1,73	0,19	1,77	0,76 a 4,15
Sensibilidade Interpessoal	1,02	0,44	5,35	0,02*	2,76	1,17 a 6,52
Ansiedade	0,83	0,48	2,28	0,08	2,28	0,89 a 5,83
Fobia	1,08	0,48	4,96	0,03*	2,92	1,14 a 7,51
Psicoticismo	0,29	0,38	0,50	0,44	1,34	0,64 a 2,81
Obsessões-Compulsões	1,21	0,63	3,34	0,05*	3,34	0,98 a 11,39
Depressão	0,77	0,44	3,11	0,08	2,16	0,92 a 5,07
Hostilidade	1,32	0,52	0,49	0,01*	3,73	1,35 a 10,27
Paranóia	0,53	0,37	2,04	0,15	0,70	0,82 a 3,50
Variáveis Sociodemográficas						
Idade	0,04	0,03	2,10	0,15	0,96	0,92 a 1,01
Escolaridade	0,00	0,07	0,00	0,96	1,00	0,87 a 1,16
Estado Civil	0,12	0,69	0,03	0,87	0,89	0,23 a 3,46

Notas: TEC = *Traumatic Experiences Checklist*; BDI = *Beck Depression Inventory*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; IGS = Índice Geral de Sintoma; Coeficiente β = representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; EP = Erro estimado do peso matemático; X^2 de Wald = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = nível de significância; OR = *Odds Ratio*; IC 95% = Intervalos de confiança de 95% dos *Odds Ratio*.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

De todas as variáveis psicopatológicas, as variáveis que predizem a dissociação patológica são o grau de sintomatologia depressiva, a gravidade sintomática, os sintomas psicopatológicos de sensibilidade interpessoal, de fobia, de obsessividade e de hostilidade.

As variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade e estado civil) não revelam ser preditores significativos da dissociação patológica.

A presença de experiências traumáticas e as diferentes gravidades de trauma, também não predizem significativamente a dissociação patológica.

Para a regressão logística múltipla deviam utilizar-se todas as variáveis que revelassem significância na regressão logística univariada. Porém, como algumas variáveis apresentam multicolinearidade, com correlações superiores a 0,70 (ver Apêndice B e C)¹⁵ realizámos a regressão logística múltipla com as variáveis que restaram: BDI e subescalas do BSI. Os resultados mostram que a hostilidade é o único sintoma que prediz a dissociação psicoforme ($\beta = 1,316$; $EP = 0,52$; $Wald X^2 = 6,49$; $p < 0,01$; $OR = 3,73$; $IC 95\% = 1,35$ a $10,27$).

¹⁵ O princípio da não-multicolinearidade (independência) implica que duas ou mais variáveis de predição não se correlacionem. A informação que elas dão ao modelo de regressão é a mesma, por isso só é necessário uma variável (Lang & Secic, 2006). Segundo Tabachnick e Fidell (2006), a multicolinearidade das variáveis de predição só tende a criar relações espúrias com a variável em estudo na recta de regressão quando as correlações entre as variáveis de predição forem superior a 0,70. A regressão logística múltipla não é afectada por correlações abaixo de 0,70 entre as variáveis de predição (multicolinearidade).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Tanto quanto sabemos, o presente estudo é o primeiro em Portugal que analisa as experiências dissociativas e traumáticas em diferentes perturbações do humor (perturbação depressiva, perturbação bipolar e outras perturbações de humor).

ANÁLISE DA DISSOCIAÇÃO E DO TRAUMA

No nosso estudo, encontramos resultados comparáveis aos achados da revisão bibliográfica.

Quanto à **dissociação**, as pontuações médias da DES ($M \pm DP = 25,04 \pm 11,93$) em doentes com perturbações de humor são semelhantes a outros estudos com amostras clínicas. A nossa média é superior a outros estudos realizados na República Checa (Bob et al., 2005), na Irlanda (Dorahy, Middleton, & Irwin, 2004), na Inglaterra (Patel et al., 2007), na Suíça (Modestin, Ebner, Junghan, & Erni, 1996), nos EUA (Ross, Anderson, Fleisher, & Norton, 1991), na Turquia (Tutkun et al., 1998), na Alemanha (Gast, Rodewald, Nickel, & Emrich, 2001) e em Portugal (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2009), mas é inferior ao estudo americano (Saxe et al., 1993).

Note-se que a média de dissociação pode ter sido enviesada pelo facto de a amostra ser oriunda de um regime de internamento. Há estudos que demonstram que os valores médios na dissociação em doentes internados são superiores aos de doentes em regime de consulta externa (Friedl & Draijer, 2000; Lipsanen et al., 2004; Modestin et al., 1996; Tutkun et al., 1998). Ainda assim, a nossa média é superior às médias desses mesmos estudos com doentes em regime de internamento. Sem surpresa, é também superior à média dos estudos com doentes em regime de consulta externa (Dorahy, Lewis, Millar, & Gee, 2003; Foote et al., 2006; Kremers, Van Giezen, Van der Does, Van Dyck & Spinhoven, 2007; Näring & Nijenhuis, 2005). No entanto, a nossa média é inferior à de dois estudos com doentes em regime de internamento (Sar et al., 1996; Tezcan et al., 2003), e inferior a um estudo com doentes em regime de consulta externa (Sar et al., 2007).

Achamos importante salientar que o factor *distractibilidade* se destaca nos nossos doentes. Esta é uma descoberta que não é suportada por nenhum estudo revisto. Mas existem poucos estudos que tenham encontrado esta dimensão na dissociação. Por exemplo, a investigação de Ross, Joshi e Currie (1991) inclui apenas três factores (absorção, despersonalização-desrealização e amnésia dissociativa). Entretanto, no estudo de Molina-Serrano e colaboradores, com três factores (2008), o factor absorção é o que se destaca em doentes com

perturbação de depressão *major*. Ora, a dimensão absorção é comparável à dimensão distractibilidade (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2009).

Apesar da nossa investigação não apresentar diferença estatística entre as subamostras, este achado deve ser discutido. Oedegaard e equipa (2008) também compararam grupos de doentes deprimidos e bipolares. Os doentes bipolares dissociaram mais que os doentes deprimidos, o que é evidenciado também no nosso estudo. Contudo, também não encontraram diferenças significativas, tal como no nosso estudo.

Em relação às **experiências traumáticas**, a pontuação média do total de presenças é superior ao estudo português (Espírito-Santo et al., 2009), ao estudo de Näring e Nijenhuis (2005) e de Kremers e colaboradores (2007). E é inferior à investigação de Dorahy e equipa (2003) e de Nijenhuis e colaboradores (2001), com amostras clínicas.

A gravidade traumática por negligência emocional, que se destaca dos outros tipos de trauma, não apresenta diferenças significativas entre as subamostras. No estudo de Näring e Nijenhuis (2005) a negligência emocional também se destaca. No entanto, no estudo de Nijenhuis e colaboradores (2001) o abuso emocional é o que apresenta uma pontuação média mais elevada numa amostra de mulheres com abuso sexual infantil.

Nos nossos doentes, o maior número de traumas teve lugar no período dos 0 aos 6 anos. Na amostra portuguesa, este valor é significativamente inferior ao do nosso estudo. Este pode ser um resultado importante e deverá ser replicado, porque não foram encontradas investigações que tivessem analisado este aspecto. Os únicos estudos que analisaram o período em que ocorreu o maior número de situações traumáticas foram realizados com amostras diferentes. Numa amostra de mulheres abusadas sexualmente, o maior número de traumas ocorreu no período dos 7 aos 12 anos (Nijenhuis et al., 2001) e, numa amostra de doentes com alcoolismo precoce (Dom et al., 2007), o maior número de traumas ocorreu no período dos 13 aos 18 anos.

O nosso estudo mostra que um número importante de situações traumáticas ocorre na família de origem e esse valor é significativamente maior que o do estudo de validação portuguesa. A investigação de Katerndahl, Burge e Kellogg (2005) verificou a presença de trauma sexual em mulheres com episódio de depressão *major*. A ser replicado em estudos posteriores, este resultado é também importante, quer na perspectiva do tratamento, quer de prevenção.

RELAÇÃO ENTRE DISSOCIAÇÃO E TRAUMA

A associação entre as variáveis de critério não é confirmada pelo nosso estudo. Apenas estão confirmadas algumas relações com as variáveis psicopatológicas. A ausência entre a dissociação e o trauma é contraditada por vários estudos (Bob et al., 2005, 2007, 2008; Boysan et al., 2009; Castillo, 1997; Nijenhuis et al., 1998; Putnam, 1991; Putnam et al., 1986, 1996; Tillman et al., 1994; Saxe et al., 1993). A **dissociação** relaciona-se moderadamente com a sintomatologia depressiva; este é um resultado que se verifica num estudo (Maaranen et al., 2008). A dissociação correlaciona-se com outros tipos de sintomatologia, mas essa associação não é suportada por outros estudos com amostras equivalentes.

O número de **situações traumáticas** relaciona-se moderadamente com os sintomas de psicoticismo e de paranóia. Este resultado também não é suportado por qualquer outra investigação com o mesmo tipo de amostra.

PREDITORES DA DISSOCIAÇÃO PATOLÓGICA

O nosso estudo parece ser o primeiro a analisar os factores preditivos da dissociação em doentes com perturbações de humor. Este é um tipo de resultado que deverá ser averiguado em investigações futuras. O sintoma de hostilidade é uma variável preditora da dissociação. Todavia, este resultado não é suportado por nenhum estudo revisto.

CONCLUSÕES

A análise estatística apoia os nossos resultados, no entanto, há várias limitações no nosso estudo que devem ser enumeradas. Uma das principais limitações é relativa à amostra. A heterogeneidade das subamostras a nível das variáveis sociodemográficas é algo que poderá ter enviesado os resultados. De facto, os grupos diferem no estado civil; ora há estudos que mostram que os solteiros, viúvos ou divorciados (não-casados) dissociam mais (Maaranen et al., 2005; Spitzer et al., 2006). Uma solução para se obter uma amostra homogénea seria ter mais sujeitos por subamostras e ter o mesmo número de doentes com perturbações depressivas e com perturbações bipolares. Outro aspecto importante para a obtenção de uma amostra homogénea seria ter doentes com número idêntico de internamentos.

Outra limitação é o facto de a amostra ser constituída apenas por sujeitos do sexo feminino em regime de internamento. Com efeito, a investigação mostra que o regime de internamento acarreta comorbilidade com outras patologias (Modestin et al., 1996; Tutkun et al., 1998) e também psicopatologia mais grave (Ross, Duffy, & Ellason, 2002; Saxe et al., 1993). Um grupo de comparação constituído por doentes com perturbações de humor em regime de

consulta externa poderia ter controlado este aspecto. Também se deveria comparar a presente amostra com outras amostras clínicas e com amostras da população geral.

A nossa investigação consiste num estudo transversal, pelo que não nos é permitido determinar se a dissociação é uma causa da psicopatologia. O uso de questionários de auto-resposta implica o risco de as pessoas exagerarem ou minimizarem as respostas por desejo de agradar socialmente. A desejabilidade social pode ter contribuído para enviesar os resultados especialmente porque foram lidos pelo investigador (Saxe et al., 1993). No entanto, Katerndahl e colaboradores (2005) consideram que a leitura de questionários em doentes deprimidos é vantajosa, devido à colaboração imediata das doentes. A utilização do BDI original (versão portuguesa de 1973) é outra limitação. Comparada com versões posteriores, esta versão conserva alguns problemas. É mais confusa de completar e não envolve todos os critérios da DSM-IV (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996).

Apesar das limitações enunciadas há pontos fortes na nossa investigação. A utilização de uma entrevista estruturada (MINI) é um deles, pois confirmamos os diagnósticos efectuados pelo psiquiatra. É de acrescentar que usamos instrumentos para controlar o efeito que a presença de psicopatologia poderia ter nas variáveis analisadas, ou seja, controlamos possíveis variáveis parasitas.

Outro aspecto forte da nossa investigação é a abordagem de diversas situações traumáticas. Nos estudos revistos, apenas é referenciado o abuso sexual ou emocional em mulheres (sem qualquer especificação patológica). A inexistência de estudos com diferentes experiências traumáticas em doentes com perturbações de humor é um tema que deve ser confirmado em investigações futuras.

Finalmente, outra questão importante a ser estudada no futuro seria perceber se doentes com perturbações de humor apresentam, simultaneamente, perturbações dissociativas (como, amnésia dissociativa, fuga dissociativa, perturbação dissociativa de identidade, perturbação de despersonalização e perturbação dissociativa não especificada, APA, 2002; Kihlstrom, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvi T., & Minhas, F. A. (2008). Type of Presentation of Dissociative Disorder and Frequency of Co-morbid Depressive Disorder. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 19, 113-116.
- American Psychological Association, (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., et al. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588 - 597.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression [Resumo]. *Archives for General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bob, P., Fedor-Freybergh, P., Jasova, D., Bizik, G., Susta, M., Pavlat, J., et al. (2008). Dissociative symptoms and neuroendocrine dysregulation in depression. *Medical Science Monitor*, 14(10), 499-504.
- Bob, P., Fedor-Freybergh, P., Susta, M., Pavlat, J., Jasova, D., Zima, T., et al. (2007). Depression, prolactin and dissociated mind. *Neuroendocrinology Letters*, 28, 639-642.
- Bob, P., Susta, M., Pavlat, J., Hynek, K., & Raboch, J. (2005). Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuroendocrinology Letters*, 26, 321-325.
- Bosch, L., Verheul, R., Langeland, W., & Brink, W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549-555.
- Boysan, M., Goldsmith, R. E., Çavu, H., Kayri, M., & Keskin, S. (2009). Relations Among Anxiety, Depression, and Dissociative Symptoms: The Influence of Abuse Subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 83-101.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory Professional Manual*. Filadélfia: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Weathers, F., & Runtz, M. (2005). Is Dissociation a Multidimensional Construct? Data From the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 221-231.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, II, 87-109. Braga: SHO-APPART.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves

- (Eds.). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, II, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update of the Dissociative Experiences Scale [Resumo]. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Castillo, R. J. (1997). Dissociation. In W. S. Tseng & J. Streltzer (Eds.), *Culture & Psychopathology* (pp. 101–123). New York: Brunner/Mazel.
- Chan, Y. H. (2004). *Logistic regression analysis*. Singapore Medical Journal, 4, 149-153.
- Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis* (2ª Ed., pp. 111, 125). New Jersey: Psychology Press.
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The Role of Depression and Dissociation in the Link Between Childhood Sexual Abuse and Later Parental Practices. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 71-97.
- Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7 (2), 77-106.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report [Resumo]. *Psychological Medicine*, 13, 596-605.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 178-185.
- Dorahy, M. J., Lewis, C. A., Millar, R. G., & Gee, T. L. (2003). Predictors of nonpathological dissociation in Northern Ireland: the affects of trauma and exposure to political violence. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 611-615.
- Dorahy, M. J., Middleton, W., & Irwin, H. J. (2004). Investigating Cognitive Inhibition in Dissociative Identity Disorder Compared to Depression, Posttraumatic Stress Disorder and Psychosis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 93-110.
- Draijer, N. (1989). *Structured Trauma Interview*. Amsterdam: University Department of Psychiatry.
- Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J., & Van Fleet, J. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1043-1047.
- Espírito Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 354-358.
- Espírito-Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2008). Demographic and Mental Health Factors Associated with Pathological Dissociation in a Portuguese Sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 369-387.
- Espírito-Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2009). Portuguese Validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 69-82.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M., Borges, J., Martins, L., & Chambel, A. (2009). Development of the Portuguese Traumatic Experiences Checklist: a replication study. Manuscrito submetido a publicação.

- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 623-629.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative Disorders and Suicidality in Psychiatric Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*, 29-36.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização* (2ª Ed.). Loures: Edições Técnicas e Científicas.
- Friedl, M., & Draijer, N. (2000). Dissociative Disorders in Dutch Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1012-1013.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H. (2001). Prevalence of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a German University Clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 249-257.
- Green, B. I. (1996). Trauma History Questionnaire (self-report). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of Trauma and Adaptation* (366-368). Lutherville, MD: Sidran.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 490-495.
- Horen, S. A., Leichner, P. P., & Lawson, J. S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada [Resumo]. *Canadian Journal of Psychiatry*, *40*, 185-191.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale (IES): a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209-218.
- Hunter, E. C. M., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and desrealisation, a systematic review [Resumo]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 9-18.
- Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of Development of Adult Psychopathology in Female Victims of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 258-264.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 227-253.
- Kremers, I. P., Van Giezen, A. E., Van der Does, A. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 1-10.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The traumatic life events questionnaire. *Psychological Assessment*, *12*, 210-224.
- Lang, T. A., & Secic, M. (2006). *How to Report Statistics in Medicine*. Filadélfia: American College of Physicians.
- Lemos-Miller, A., & Kearney, C. A. (2006). Depression and Ethnicity as Intermediary Variables Among Dissociation, Trauma-Related Cognitions, and PTSD Symptomatology in Youths. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*, 584-590.
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia – Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathology*, *37*, 200-206.

- Maaranen, P., Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., et al. (2008). The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 269-274.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*, 387-394.
- Machado, J. L. (1991). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa* (Vol. II). Lisboa: Publicações Alfa.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez-Taboas, A. (1991). The use of dissociative experiences scale in Puerto Rico. *Dissociation*, *VIII*, 14-23.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 245-254.
- Merckelbach, M., & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress [Resumo]. *Personality and Individual Differences*, *40*, 365-374.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1996). Dissociative Experiences and Dissociative Disorders in Acute Psychiatric Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *37*, 355-361.
- Molina-Serrano, A., Linotte, S., Amat, M., Souery, D., & Barreto, M. (2008). Dissociation in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, *9*, 411-421.
- Näring, G., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*, 982-988.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*, 47-32.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*, 688-694.
- Nijenhuis, E. R. S., van Dyck R., Kuile M. M., Mourits M. J., Spinhoven P., & Van der Hart O. (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *24*, 87-98.
- Nijenhuis, E. R., van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*, 1-10.
- Nijenhuis, E., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder Is Correlated with Reported Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 711-730.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings Among Psychiatric Outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 200-210.
- Nijenhuis, E., Van Engen, A., Kusters, I., & van der Hart, O. (2001). Peritraumatic somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, *2*, 49-68.

- Oedegaard, K., Neckelmann, D., Benazzi, F., Syrstad, V., Akiskal, H., & Fasmer, O. (2008). Dissociative experiences differentiate bipolar-II from unipolar depressed patients: The mediating role of cyclothymia and the Type A behaviour speed and impatience subscale. *Journal of Affective Disorders, 108*, 207-216.
- Pallant, J. F. (2007). *SPSS Survival Manual: A step-by-step guide to data analyses using SPSS version 15* (3ª Ed.). Nova Iorque: McGraw Hill.
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2573–2580.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative phenomena. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 145-160). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark P., Torem, M., et al. (1996). Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 673-679.
- Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation [Resumo]. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 385-392.
- Rogers, K., et al. (1996). *Traumatic Events Screening Inventory*. Hanover, NH: Dartmouth Hitchcock Medical Center.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fleisher, W. P., & Norton, R. (1991). The Frequency of Multiple Personality Disorder Among Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1717-1720.
- Ross, C. A., Duffy, C. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma & Dissociation, 3*, 7-17.
- Ross, C., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative Experiences in the General Population: A Factor Analysis. *Hospital and Community Psychiatry, 42*, 297-301.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive–compulsive disorder. A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 146-150.
- Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a scale measuring dissociation [Resumo]. *American Journal of Clinical Hypnosis, 29*, 95-102.
- Sar, V., Akyüz, G., KundağçT., Kızıltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2271-2276.
- Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., et al. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry, 29*, 45-50.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., & Bakim, B., et al. (2003). The Axis-I Dissociative Disorder Comorbidity of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation, 4*, 119-135.
- Sar, V., KundağçT., Kızıltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2000). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *Journal of Trauma and Dissociation, 1*, 467-80.

- Sar, V., Yargt, L., & Tutkun, H. (1996). Structured Interview Data on 35 Cases of Dissociative Identity Disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1329-1333.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J., et al. (1994). Somatization in Patients With Dissociative Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1329-1334.
- Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., et al. (1993). Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1037-1042.
- Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2003). Prevalence of Dissociative Experiences in a Community Sample. Relationship to Gender, Ethnicity, and Substance Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 115-120.
- Spiegel, D. (1991). Dissociative and Trauma. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 261-275). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H-J., Klauer, T., Stieglitz, R-D., Schneider, W., et al. (2006). Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, *7*, 51-62.
- Sprang, G. (1997). The Traumatic Experiences Inventory (TEI): A Test of Psychometric Properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *19*, 257-271.
- SPSS Inc. (2004). *Statistical Package for the Social Sciences* (Windows Vista versão 15.0). [Computer software and manual].
- Swett, C., & Halpert, M. (1993). Reported History of Physical and Sexual Abuse in Relation to Dissociation and Other Symptomatology in Women Psychiatric Inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, *8*, 545-555.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5^a Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tezcan, E., Atmaca, M., Kuloglu, M., Gecici, O., Buyukbayram, A., & Tutkun, H. (2003). Dissociative Disorders in Turkish Inpatients With Conversion Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 324-330.
- Tillman, J. G., Nash, M. R., & Lerner, P. M. (1994). Does trauma cause dissociative pathology?. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 395-414). Nova Iorque: Guilford Press.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargıç, I., Özpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 800-805.
- van der Hart, O., van Dijke, A., & van Son, M. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*, 433-65.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q) [Resumo]. *Dissociation*, *4*, 180-184.
- Vaz Serra, A., & Pio da Costa Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I- Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata de Coimbra Médica*, *XX*, 623-644.

- Waller, G., Hamilton, K., Elliot, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., et al. (2000). Somatoform Dissociation, Psychological Dissociation, and Specific Forms of Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 81-98.
- Watson, S.; Chilton, R.; Fairchild, H.; & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 478-481.
- World Medical Association (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em Novembro, 20 de 2008 de <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.
- Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., Chen, J., et al. (2006). Trauma and Dissociation in China. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1388-1391.

ANEXOS

ANEXO 1

Perturbações de Humor:

1. Episódios de Humor
2. Episódio Depressivo *Major*
3. Episódio Maníaco
4. Episódio Misto
5. Episódio Hipomaníaco

A. Perturbações Depressivas

Perturbação Depressiva *Major*

Perturbação Distímica

Perturbação Depressivo Sem Outra Especificação

O Perturbação **Depressiva Major** se caracteriza por um ou mais Episódios Depressivos *Major* (isto é, pelo menos 2 semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão).

O Perturbação **Distímica** caracteriza-se por pelo menos 2 anos de humor deprimido na *Major* parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo *Major*.

O Perturbação **Depressiva Sem Outra Especificação** é incluído para a codificação de Perturbações com características depressivas que não satisfazem os critérios para Perturbação Depressivo *Major*, Perturbação Distímica, (ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).

B. Perturbações Bipolares

Perturbação Bipolar I

Perturbação Bipolar II

Perturbação Ciclotímico

Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação

O Perturbação **Bipolar I** é caracterizado por um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos *Major*.

O Perturbação **Bipolar II** caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos *Majores*, acompanhado por pelo menos um Episódio Hipomaníaco.

O Perturbação **Ciclotímico** é caracterizado por pelo menos 2 anos com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo *Major*.

O Perturbação **Bipolar Sem Outra Especificação** é incluído para a codificação de Perturbações com aspectos bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer dos Perturbações Bipolares específicos definidos nesta secção (ou sintomas bipolares acerca dos quais há informações inadequadas ou contraditórias).

C. Outras Perturbações do Humor

Perturbação do Humor Devido a Condição Médica Geral

Perturbação do Humor Induzido por Substância

Perturbação do Humor Sem Outra Especificação

Um Perturbação **do Humor Devido a uma Condição Médica Geral** é caracterizado por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma consequência fisiológica directa de uma condição médica geral.

Um Perturbação **do Humor Induzido por Substância** caracteriza-se por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento somático para a depressão ou exposição a uma toxina.

O Perturbação **do Humor Sem Outra Especificação** é incluído para a codificação de Perturbações com sintomas de humor que não satisfazem os critérios para qualquer Perturbação do Humor específico, e nos quais é difícil escolher entre Perturbação Depressivo Sem Outra Especificação e Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação (por ex., agitação aguda).

Os especificadores descritos na terceira parte são oferecidos para aumentar a especificidade do diagnóstico, para criar grupos mais homogêneos, para auxiliar na seleção do tratamento e para melhorar a previsão do prognóstico.

Episódio Depressivo Major:

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou do interesse:

Nota: não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

- (1) Humor depressivo durante a *Major* parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choro). Nota: em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;
- (2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a *Major* parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);
- (3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ao aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;
- (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- (5) Agitação ou lentificação psicomotora, quase todos os dias (observável por outros e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);
- (6) Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
- (7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (o que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);

- (8) Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros);
- (9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios para episódio misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência do funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

D. Os sintomas não devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Episódio Maníaco:

A. Um período distinto de humor anormal e persistente elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos uma semana (ou qualquer duração se for necessária a hospitalização).

B. Durante o período de alteração do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for somente irritável) e estiverem presentes num grau significativo:

(1) Auto-estima aumentada ou grandiosidade;

(2) Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de somente três horas de sono);

(3) Mais falador que a habitual ou pressão para continuar a falar;

(4) Fuga de ideias ou experiência subjectiva de aceleração do pensamento;

(5) Distractibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos irrelevantes);

(6) Aumento da actividade dirigida para determinados objectivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora;

(7) Envolvimento excessivo em determinadas actividades agradáveis que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (isto é, envolve-se em gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos ou investe em negócios sem valor).

C. Os sintomas não preenchem os critérios para episódio misto.

D. A perturbação do humor é suficientemente intensa para provocar uma deficiência marcada no funcionamento ocupacional ou em qualquer outra actividade social ou relacionamento com os outros, ou necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou existem características psicóticas.

E. Os sintomas não devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).

Episódio Hipomaníaco:

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos quatro dias, claramente diferente do humor não depressivo habitual.

B. Durante o período de alteração do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for somente irritável) e estiverem presentes num grau significativo:

- (1) Auto-estima aumentada ou grandiosidade;
 - (2) Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de somente três horas de sono);
 - (3) Mais falador que a habitual ou pressão para continuar a falar;
 - (4) Fuga de ideias ou experiência subjectiva de aceleração do pensamento;
 - (5) Distractibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos irrelevantes);
 - (6) Aumento da actividade dirigida para determinados objectivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora;
 - (7) Envolvimento excessivo em determinadas actividades agradáveis que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (isto é, envolve-se em gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos ou investe em negócios sem valor).
-

C. O episódio está associado com uma mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.

E. O episódio não é suficientemente intenso para provocar uma deficiência marcada no funcionamento social ou ocupacional ou necessitar de hospitalização, e não existem características psicóticas.

F. Os sintomas não devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).

ANEXO 3

Questionário nº: _____

Traumatic Experiences Checklist – TEC

(Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999;

Versão Portuguesa: Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M.,
Borges, J., Martins, L., & Chambel, A. 2008)

No decurso das suas vidas, as pessoas podem experienciar uma variedade de situações traumáticas. Gostaríamos de saber três coisas: 1) se vivenciou alguma das 29 situações que são aqui apresentadas; 2) se sim, que idade tinha quando a situação aconteceu; e, 3) qual foi o impacto elas tiveram para si.

Capítulo 1. Na primeira coluna (por exemplo, isto aconteceu-lhe?), indique se teve alguma das 29 situações, assinalando SIM ou NÃO;

Capítulo 2. Para cada opção onde assinalou SIM indique, numa segunda coluna, a idade em que essa situação ocorreu;
Se aconteceu mais do que uma vez, indique TODAS as idades que tinha quando a situação ocorreu.
Se aconteceu durante alguns anos, indique o intervalo de idade correspondente (por exemplo 7-12 anos).

Capítulo 3. Na coluna final (por exemplo, que impacto teve a situação para si?), indique o IMPACTO que a situação teve para si numa escala de 1 a 5, sendo que:
1 = Nenhum
2 = Pouco
3 = Suficiente
4 = Muito
5 = MUITÍSSIMO

Exemplo:

	Isto aconteceu-lhe?		Idade	Que impacto teve para si?				
Foi atormentado(a)?	NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração

1. Teve que cuidar dos seus pais e/ou irmãos e irmãs quando era criança?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

2. Tem problemas familiares (por exemplo, pai/mãe com problemas alcoólicos ou psiquiátricos ou vive em condições de pobreza)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

3. Perdeu um membro da sua família (irmão, irmã, pai/mãe) em CRIANÇA?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

4. Perdeu um membro da sua família [filho/filha, companheiro(a)] em ADULTO?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

5. Sofreu lesões corporais graves (por exemplo perda de um membro, mutilação ou queimadura)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

6. Teve a sua vida ameaçada por uma doença, uma operação ou um acidente?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

7. Os seus pais divorciaram-se?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

8. Divorciou-se?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

9. A sua vida foi ameaçada por outra pessoa (por exemplo, durante um crime)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

10. Teve sensações de dor intensa (por exemplo, através de um ferimento ou de uma cirurgia)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

11. Teve alguma experiência de guerra (por exemplo, detenção, perda de parentes, privação ou dano)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

12. Há vítimas de guerra de segunda geração na sua família (pais ou parentes próximos que tenham vivido experiências de guerra)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

13. Testemunhou uma situação traumática vivenciada por outra pessoa?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

14. Foi vítima de negligência emocional [por exemplo ser abandonado(a), ter falta de amor] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

15. Foi vítima de negligência emocional por parte de elementos afastados da sua família [por exemplo tios, tias, sobrinhos(as), avós]?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

16. Foi vítima de negligência emocional por elementos externos à sua família [por exemplo, vizinhos(as), amigos(as), professores ou padrastos/madrastas]?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

17. Foi vítima de abuso emocional [por exemplo, foi gozado(a), foi atormentado(a), chamaram-lhe nomes, foi ameaçado(a) verbalmente ou injustamente punido] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

18. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

19. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

20. Foi vítima de abuso físico [por exemplo, foi agredido(a), torturado(a) ou ferido(a)] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

21. Foi vítima de abuso físico por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

22. Foi vítima de abuso físico por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

23. Foi vítima de punições estranhas ou esquisitas?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

24. Foi vítima de assédio sexual [actos de natureza sexual que NÃO envolvem contacto físico] pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

25. Foi vítima de assédio sexual por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

26. Foi vítima de assédio sexual por elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

27. Foi vítima de abuso sexual (actos sexuais NÃO-DESEJADOS que envolvem contacto físico) pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

28. Foi vítima de abuso sexual por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

29. Foi vítima de abuso sexual por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Muito Obrigado Pela Sua Cooperação

ANEXO 4

Escala de Beck de Auto-Avaliação da Depressão

Nome: _____ Data: ____/____/____

Isto é um questionário constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação, a que melhor descrever a forma como se sente no momento actual.

0 <input type="checkbox"/>	Não me sinto triste
1 <input type="checkbox"/>	Ando “em baixo” ou triste
2 <input type="checkbox"/>	Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo
2 <input type="checkbox"/>	Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim
3 <input type="checkbox"/>	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado
0 <input type="checkbox"/>	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro
1 <input type="checkbox"/>	Sinto-me com medo do futuro
2 <input type="checkbox"/>	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
2 <input type="checkbox"/>	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
3 <input type="checkbox"/>	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
0 <input type="checkbox"/>	Não tenho a sensação de ter fracassado
1 <input type="checkbox"/>	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
2 <input type="checkbox"/>	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
2 <input type="checkbox"/>	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
3 <input type="checkbox"/>	Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)
0 <input type="checkbox"/>	Não me sinto descontente com nada em especial
1 <input type="checkbox"/>	Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
1 <input type="checkbox"/>	Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
2 <input type="checkbox"/>	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
3 <input type="checkbox"/>	Sinto-me descontente com tudo
0 <input type="checkbox"/>	Não me sinto culpado(a) por nada em particular
1 <input type="checkbox"/>	Sinto, grande parte do tempo, que sou mau(má) ou que não tenho qualquer valor
2 <input type="checkbox"/>	Sinto-me bastante culpado(a)
2 <input type="checkbox"/>	Agora, sinto permanentemente que sou mau(má) e não valho absolutamente nada
3 <input type="checkbox"/>	Considero que sou mau(má) e não valha absolutamente nada
0 <input type="checkbox"/>	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
1 <input type="checkbox"/>	Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
2 <input type="checkbox"/>	Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)
3 <input type="checkbox"/>	Sinto que mereço ser castigado(a)
3 <input type="checkbox"/>	Quero ser castigado(a)
0 <input type="checkbox"/>	Não me sinto descontente comigo
1 <input type="checkbox"/>	Estou desiludido(a) comigo
1 <input type="checkbox"/>	Não gosto de mim
2 <input type="checkbox"/>	Estou bastante desgostoso(a) comigo
3 <input type="checkbox"/>	Odeio-me
0 <input type="checkbox"/>	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
1 <input type="checkbox"/>	Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
2 <input type="checkbox"/>	Culpo-me das minhas próprias faltas
3 <input type="checkbox"/>	Acuso-me por tudo de mal que acontece

0	<input type="checkbox"/>	Habitualmente não choro mais do que costume
1	<input type="checkbox"/>	Choro agora mais do que costumava
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo
3	<input type="checkbox"/>	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade
0	<input type="checkbox"/>	Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
1	<input type="checkbox"/>	Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2	<input type="checkbox"/>	Sinto-me permanentemente irritado(a)
3	<input type="checkbox"/>	Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
0	<input type="checkbox"/>	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
1	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
2	<input type="checkbox"/>	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
3	<input type="checkbox"/>	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito
0	<input type="checkbox"/>	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
1	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
2	<input type="checkbox"/>	Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão
0	<input type="checkbox"/>	Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
1	<input type="checkbox"/>	Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
2	<input type="checkbox"/>	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
3	<input type="checkbox"/>	Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
0	<input type="checkbox"/>	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
1	<input type="checkbox"/>	Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
1	<input type="checkbox"/>	Não consigo trabalhar tão bem como de costume
2	<input type="checkbox"/>	Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
0	<input type="checkbox"/>	Consigo dormir tão bem como antes
1	<input type="checkbox"/>	Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
2	<input type="checkbox"/>	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
3	<input type="checkbox"/>	Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas
0	<input type="checkbox"/>	Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
1	<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
2	<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) quando faço seja o que for
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
0	<input type="checkbox"/>	O meu apetite é o mesmo de sempre
1	<input type="checkbox"/>	O meu apetite não é tão bom como costumava ser
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
3	<input type="checkbox"/>	Perdi por completo todo o apetite que tinha
0	<input type="checkbox"/>	Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
1	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
2	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
3	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso
0	<input type="checkbox"/>	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
1	<input type="checkbox"/>	Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis
2	<input type="checkbox"/>	Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
3	<input type="checkbox"/>	Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto
0	<input type="checkbox"/>	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
1	<input type="checkbox"/>	Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual
3	<input type="checkbox"/>	Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

ANEXO 5

BSI (*Brief Symptom Inventory*)

(L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995)

Nome: Sexo.....
Estado Civil Profissão..... Idade:.....Data:.....
Residência.....

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

APÊNDICES

APÊNDICE A

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo:

Experiências Dissociativas e Traumáticas em Mulheres Internadas com Perturbações
de Humor

Eu, abaixo-assinado, (nome completo da utente) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluída. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me sejam aplicados os questionários propostos pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura da utente: _____

O Investigador responsável:

Nome: Paula da Rocha Marques

Assinatura:

APÊNDICE B

Quadro
Todas as Correlações das Variáveis Estudadas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. DES	1,00	0,68**	0,76**	0,90**	0,70**	0,07	0,12	0,19	-0,03	-0,02	-0,07	0,02	0,12	-0,01	0,21	0,12	0,13	0,14	0,44**	0,41**	0,20	0,50**	0,26	0,40**	0,26	0,38*	0,35*	0,49**	0,37
2. Depersonalização	0,68**	1,00	0,37*	0,50**	0,30	0,12	0,04	0,23	-0,07	-0,04	-0,11	-0,07	0,13	-0,02	0,08	0,10	0,09	0,20	0,48**	0,34*	0,16	0,39*	0,31	0,38*	0,17	0,17	0,34*	0,46**	0,36*
3. Absorção	0,76**	0,37*	1,00	0,57**	0,47**	0,03	0,27	0,13	0,12	0,12	0,06	-0,07	0,25	0,07	0,26	0,22	0,22	0,19	0,33*	0,21	0,05	0,18	0,10	0,23	0,22	0,09	0,24	0,39*	0,07
4. Distractibilidade	0,90**	0,50**	0,57**	1,00	0,56**	-0,42	0,00	0,13	-0,08	-0,09	-0,11	0,03	0,02	-0,09	0,14	0,02	0,02	-0,01	0,34*	0,41**	0,25	0,52**	0,30	0,32*	0,24	0,44**	0,30	0,45**	0,39*
5. Memória Perturbada	0,70**	0,30	0,47**	0,56**	1,00	0,05	-0,01	0,00	-0,06	-0,03	-0,03	0,18	-0,13	-0,05	0,18	0,03	-0,01	0,06	0,21	0,24	0,14	0,38*	-0,03	0,29	0,14	0,42**	0,21	0,18	0,16
6. Total do trauma	0,07	0,12	0,03	-0,04	0,05	1,00	0,40**	0,33*	0,34*	0,37*	0,35*	0,27	0,50**	0,46**	0,39*	0,51**	0,52**	0,89**	0,30	0,36*	0,38*	0,37*	0,28	0,18	0,44**	0,11	0,15	0,14	0,42**
7. Negligência Emocional	0,12	0,04	0,27	0,00	-0,01	0,40**	1,00	0,32*	0,41**	0,43**	0,37*	0,18	0,73**	0,73**	0,69**	0,81**	0,81**	0,54**	0,33*	0,40**	0,42**	0,35*	0,09	0,27	0,39*	0,31*	0,35*	0,30	0,29
8. Abuso Emocional	0,19	0,23	0,13	0,13	0,00	0,33*	0,32*	1,00	0,18	0,16	0,34*	0,09	0,67**	0,64**	0,50**	0,69**	0,68**	0,48**	0,20	0,25	0,35*	0,21	0,26	0,25	0,16	0,11	0,11	0,20	0,14
9. Abuso Físico	-0,03	-0,07	0,12	-0,08	-0,06	0,34*	0,41**	0,18	1,00	0,98**	0,44**	0,18	0,57**	0,64**	0,60**	0,68**	0,67**	0,51**	0,01	0,08	0,36*	0,21	-0,06	-0,11	0,13	0,05	-0,13	0,09	-0,11
10. Ameaça Corporal	-0,02	-0,04	0,12	-0,09	-0,03	0,37*	0,43**	0,16	0,98**	1,00	0,43**	0,26	0,55**	0,65**	0,62**	0,68**	0,69**	0,55**	0,06	0,11	0,39*	0,23	-0,07	-0,09	0,18	0,07	-0,09	0,12	-0,09
11. Assédio Sexual	-0,07	-0,11	0,06	-0,11	-0,03	0,35*	0,37*	0,34*	0,44**	0,43**	1,00	-0,07	0,40**	0,58**	0,48**	0,55**	0,54*	0,47**	-0,04	-0,07	0,16	-0,03	-0,13	-0,12	0,03	-0,04	-0,21	-0,18	-0,16
12. Abuso Sexual	0,02	-0,02	-0,07	0,03	-0,18	0,27	0,18	0,09	0,18	0,26	-0,07	1,00	0,11	0,32*	0,42**	0,31	0,33*	0,30	0,06	0,19	0,35*	0,25	0,00	-0,04	0,10	0,28	0,13	0,09	0,05
13. Dos 0-6 anos	0,12	0,13	0,25	0,02	-0,13	0,50**	0,73**	0,67**	0,57**	0,55**	0,40**	0,11	1,00	0,75**	0,55**	0,88**	0,87**	0,66**	0,37*	0,40**	0,53**	0,36*	0,20	0,28	0,39*	0,22	0,23	0,29	0,24
14. Dos 7-12 anos	-0,01	0,02	0,07	-0,09	-0,05	0,46**	0,73**	0,64**	0,64**	0,65**	0,58**	0,32*	0,75**	1,00	0,73**	0,93**	0,93**	0,66**	0,18	0,28	0,50**	0,24	0,14	0,08	0,28	0,22	0,14	0,19	0,07
15. Dos 13-18 anos	0,21	0,08	0,26	0,14	0,18	0,39*	0,69**	0,50**	0,60**	0,61**	0,48**	0,42**	0,55**	0,73**	1,00	0,85**	0,85**	0,57**	0,10	0,21	0,39*	0,35*	-0,04	0,11	0,13	0,22	0,06	0,19	0,08
16. S/ameaça corporal	0,12	0,09	0,22	0,04	-0,01	0,51**	0,81**	0,69**	0,68**	0,68**	0,55**	0,35	0,88**	0,93**	0,85**	1,00	0,99**	0,72**	0,25	0,34*	0,53**	0,36*	0,12	0,18	0,31*	0,25	0,17	0,25	0,15
17. C/ameaça corporal	0,12	0,10	0,22	0,02	0,00	0,52**	0,81**	0,68**	0,67**	0,69**	0,54**	0,33*	0,87**	0,93**	0,85**	0,99**	1,00	0,73	0,26	0,35*	0,54**	0,36*	0,12	0,19	0,33*	0,25	0,18	0,27	0,16
18. Trauma na Família de Origem	0,14	0,20	0,19	-0,01	0,06	0,89**	0,54**	0,48**	0,51**	0,55**	0,47**	0,30	0,66**	0,66**	0,57**	0,72**	0,73**	1,00	0,32*	0,42**	0,48**	0,39*	0,27	0,27	0,51**	0,12	0,19	0,29	0,37*
19. BDI	0,43**	0,48**	0,33*	0,34*	0,21	0,30	0,33*	0,20	0,01	0,06	-0,04	0,06	0,37*	0,18	0,18	0,26	0,25	0,32*	1,00	0,68**	0,59**	0,45**	0,44**	0,64**	0,67**	0,48**	0,64**	0,43**	0,51**
20. BSI (IGS)	0,41*	0,34*	0,21	0,41**	0,24	0,36*	0,40**	0,25	0,08	0,11	-0,07	0,19	0,40**	0,28	0,21	0,35*	0,34*	0,42**	0,68**	1,00	0,81**	0,84**	0,73**	0,78**	0,85**	0,73**	0,84**	0,74**	0,78**
21. Somatização	0,20	0,16	0,05	0,25	0,14	0,38*	0,42**	0,35*	0,36*	0,39**	0,16	0,35*	0,53**	0,50**	0,39*	0,54**	0,53**	0,48**	0,59**	0,81**	1,00	0,69**	0,48**	0,54**	0,68**	0,67**	0,62**	0,48**	0,47**
22. Sensibilidade Interpessoal	0,50**	0,39**	0,18	0,52**	0,38*	0,36*	0,35*	0,21	0,21	0,23	-0,03	0,25	0,36*	0,24	0,35*	0,37*	0,36*	0,39*	0,45**	0,84**	0,69**	1,00	0,49**	0,66**	0,68**	0,63**	0,61**	0,62**	0,69**
23. Ansiedade	0,26	0,31*	0,10	0,30	-0,03	0,28	0,09	0,26	-0,07	-0,07	-0,13	-0,00	0,20	0,14	-0,04	0,12	0,12	0,27	0,44**	0,73**	0,48**	0,49**	1,00	0,56**	0,59**	0,42**	0,51**	0,63**	0,63**
24. Fobia	0,40**	0,38*	0,23	0,32*	0,29	0,18	0,27	0,25	-0,11	-0,09	-0,12	-0,04	0,28	0,08	0,11	0,18	0,19	0,27	0,64**	0,78**	0,54**	0,66**	0,56**	1,00	0,68**	0,51**	0,61**	0,50**	0,62**
25. Psicoticismo	0,26	0,17	0,22	0,24	0,14	0,44**	0,39**	0,16	0,13	0,18	0,03	0,10	0,39*	0,28	0,13	0,33*	0,31*	0,51**	0,67**	0,85**	0,68**	0,68**	0,59**	0,68**	1,00	0,45**	0,67**	0,58**	0,71**
26. Obsessões	0,38*	0,17	0,09	0,44**	0,42**	0,11	0,31*	0,11	0,05	0,07	-0,04	0,28	0,22	0,22	0,22	0,25	0,25	0,12	0,48**	0,73**	0,67**	0,63**	0,42**	0,51**	0,45**	1,00	0,64**	0,39*	0,51**
27. Depressão	0,35*	0,34*	0,24	0,30	0,21	0,15	0,35*	0,11	-0,09	-0,21	-0,09	-0,11	0,23	0,14	0,06	0,18	0,17	0,19	0,64**	0,84**	0,62**	0,61**	0,51**	0,61**	0,67**	0,64**	1,00	0,64**	0,60**
28. Hostilidade	0,49**	0,46**	0,39**	0,45**	0,18	0,14	0,30	0,20	0,09	0,12	-0,18	0,86	0,29	0,18	0,19	0,27	0,25	0,29	0,43**	0,74**	0,48**	0,62**	0,63**	0,50**	0,58**	0,39*	0,64**	1,00	0,51**
29. Paranóia	0,37*	0,36*	0,07	0,39**	0,16	0,42**	0,29	0,14	-0,11	-0,09	-0,16	0,05	0,24	0,73	0,07	0,16	0,15	0,37*	0,51**	0,78**	0,47**	0,69**	0,63**	0,62**	0,71**	0,51**	0,60**	0,51**	1,00

Notas: 1. DES: Dissociative Experiences Scale; 2. Depersonalização; 3. Absorção; 4. Distractibilidade; 5. Memória Perturbada; 6. Total do Trauma; 7. Gravidade do Trauma por Negligência Emocional; 8. Gravidade do Trauma por Abuso Emocional; 9. Gravidade do Trauma por Abuso Físico; 10. Gravidade do Trauma por Ameaça Corporal; 11. Gravidade do Trauma por Assédio Sexual; 12. Gravidade do Trauma por Abuso Sexual; 13. Gravidade do Traumática Total dos 0-6 anos; 14. Gravidade do Traumática Total dos 7-12 anos; 15. Gravidade do Traumática Total dos 13-18 anos; 16. Gravidade do Traumática Total S/Ameaça Corporal; 17. Gravidade do Traumática Total C/Ameaça Corporal; 18. Trauma na Família de Origem; 19. BDI: *Beck Depression Inventory*; 20. BSI: *Brief Symptom Inventory* (IGS: Índice Geral de Sintomas); 21. Somatização; 22. Sensibilidade Interpessoal; 23. Ansiedade; 24. Fobia; 25. Psicoticismo; 26. Obsessões; 27. Depressão; 28. Hostilidade; 29. Paranóia.

* Correlações significativas ao nível de 0,05.

** Correlações significativas ao nível de 0,01.

APÊNDICE C

Quadro
Coefficientes de Colienariedade.

Variáveis	DES	
	Tolerância	VIF
TEC Total de Presenças	0,10	9,99
Gravidade do Trauma		
Negligência Emocional	0,14	7,23
Abuso Emocional	0,17	5,96
Abuso físico	0,02	558,70
Ameaça Corporal	0,02	68,58
Assédio Sexual	0,28	3,62
Abuso Sexual	0,27	3,68
Gravidade Traumática Total		
Dos 0-6 anos	-	-
Dos 7-12 anos	0,06	16,34
Dos 13-18 anos	0,16	6,21
S/ ameaça corporal	0,03	32,23
C/ ameaça corporal	-	-
Trauma na Família de Origem	0,06	16,95
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	0,40	2,53
<i>Brief Symptom Inventory BSI (IGS)</i>	0,00	255,23
Somatização	0,30	3,37
Sensibilidade Interpessoal	0,24	4,22
Ansiedade	0,40	2,46
Fobia	0,37	2,69
Psicoticismo	0,25	4,05
Obsessões-Compulsões	0,37	2,72
Depressão	0,31	3,25
Hostilidade	0,37	2,68
Paranóia	0,30	3,32

Notas:

TEC = *Traumatic Experiences Checklist*; IGS = Índice Geral de Sintomas; VIF: *Variance Inflation Factor* (factor de inflação da variância, FIV) é o inverso da tolerância (1/tolerância). Valores acima de 10 indicam multicolinearidade.