

O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised

Marcela Matos¹, José Pinto-Gouveia¹ & Sónia Martins¹

Experiências precoces de vergonha têm sido apontadas como possíveis experiências traumáticas, constituindo-se como memórias traumáticas com implicações na vulnerabilidade para a psicopatologia. O presente estudo explora as propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (*Impact of Event Scale-Revised*, IES-R; Weiss & Marmar, 1997) numa amostra de 811 sujeitos da população geral. Especificamente, examina a estrutura factorial, a consistência interna, a validade convergente e divergente deste instrumento de auto-resposta. A escala original (IES-R) foi traduzida para português e a comparabilidade do conteúdo foi verificada através de tradução-retroversão. A validade de constructo foi analisada através de uma Análise em Componentes Principais, cujos resultados apoiaram a estrutura de uma dimensão subjacente à IES-R, que explica 55.4% da variância. Foram encontradas correlações item-total moderadas a elevadas ($>.56$) e um alfa de Cronbach elevado ($\alpha=.96$), indicadores de excelente consistência interna. A validade convergente e divergente da escala foi comprovada através das correlações elevadas encontradas com a Escala de Centralidade do Acontecimento e das correlações moderadas encontradas com as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress. A IES-R mostrou ser um instrumento fiável e válido para avaliar reacções de stress traumático, com características de intrusão, evitamento e hiperactivação, em relação a experiências de vergonha.

PALAVRAS-CHAVE: IES-R; Escala do Impacto do Acontecimento-Revista; Propriedades psicométricas; Stress traumático; Experiências de vergonha

1. Introdução

A experiência de vergonha é uma das mais privadas e íntimas vivências do ser humano. Ela guia o nosso comportamento e influencia a forma como nos vemos

¹ CINEICC -Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental - Universidade de Coimbra, Portugal - marcela.s.matos@gmail.com

mas está também intrinsecamente ligada à relação do eu com os outros (Tangney & Dearing, 2002). Diversos autores têm associado a vergonha a uma vivência interna do eu como indesejável, não atractivo, defeituoso, sem valor, impotente (Gilbert, 1998; Nathanson, 1996; Lewis, 1992; Tangney & Fischer, 1995) no seio de um mundo social, sob pressão para limitar possíveis danos à sua auto-apresentação, através da fuga ou do apaziguamento. (Gilbert, 1998; Tangney & Fischer, 1995)

As experiências precoces de vergonha parecem afectar de forma significativa a maturação e funcionamento psicobiológico, e têm vindo a ser relacionadas com a propensão para a vergonha actual e, por sua vez, com vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert, 1998, 2000; Harder, 1995; Schore, 1998, 2001; Tangney, 1990; Tangney, Burggraf, & Wagner, 1995; Tangney & Dearing, 2002). A natureza da experiência de vergonha parece assim sugerir que a vivência desta emoção é suficientemente importante, marcante e perturbadora, (Gilbert, 1998, 2003; Kaufman, 1989; Lewis, 2000; Tangney & Dearing, 2002) para se constituir como uma experiência/memória traumática com características de intrusão, *flashbacks*, forte evitamento emocional, hiperactivação, estados da mente fragmentados, dissociação (Ehlers & Clark, 2000; Gilbert, 2002; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Hackmann, Ehlers, Speckens, & Clark, 2004).

Num estudo recente, de Matos e Pinto-Gouveia (2010), encontraram dados que sugerem que experiências precoces de vergonha revelam características de memória traumática (intrusividade da memória, sintomas de hiperactivação e evitamento). Os resultados deste estudo confirmaram que estas experiências de vergonha da infância e da adolescência com impacto traumático aparecem associadas à vergonha actual e à psicopatologia, em especial à depressão, com os sujeitos com mais características traumáticas de memória de vergonha a apresentarem mais sintomatologia depressiva. Os autores encontraram ainda um efeito moderador das experiências precoces de vergonha com impacto traumático na relação entre a vergonha e depressão, mostrando que quanto mais a vergonha actual alta resulta de um acontecimento de vergonha com impacto traumático, maior é o risco das pessoas estarem deprimidas.

Um importante instrumento no estudo impacto traumático de uma experiência é a Escala do Impacto do Acontecimento (*Impact of Event Scale*, IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), um dos instrumentos de auto-resposta mais usados no campo do stress traumático, nomeadamente em investigações direccionadas para o estudo do impacto psicológico de acontecimentos traumáticos (Joseph, 2000; Weiss & Marmar, 1997).

Publicada antes do reconhecimento formal da Perturbação de Stress Pós-Traumático pela terceira edição do *Diagnostic and Statistical manual of Mental*

Disorders (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980), esta escala baseia-se no modelo de processamento emocional após um acontecimento traumático de Horowitz (Horowitz, 1976). De acordo com este modelo, até à experiência traumática ser psicologicamente assimilada, o indivíduo irá alternar entre a experiência de pensamentos e sentimentos intrusivos e estratégias de evitamento. Segundo Horowitz (1997), a intrusão envolve a repetição involuntária de pensamentos e imagens acerca do acontecimento traumático, sentimentos recorrentes relacionados com a experiência e origina o reexperienciar comportamental de partes da própria experiência. Estas respostas podem assumir várias formas, como pesadelos, sonhos, imagens recorrentes, ilusões e ideias obsessivas. Em resposta a estas intrusões, mecanismos de defesa psicológicos entram em funcionamento no sentido de evitar memórias, sentimentos ou pensamentos associados ao trauma e de controlar a extensão da sua recordação. Para Horowitz (1997), as intrusões servem para promover a integração do material traumático, enquanto que a supressão deste material pretende prevenir que o indivíduo fique absorvido por ele. O fracasso no processamento da informação traumática poderia então conduzir a reacções de stress pós-traumático uma vez esta informação permanece activa na memória e continua a ser intrusiva e a ser evitada (Brewin & Holmes, 2003). A fuga e o evitamento persistente podem ser conceptualizadas como estratégias maladaptativas para lidar com o desconforto provocado pelas memórias intrusivas (Kleber, Figley, & Gresons, 1995).

Seguindo este modelo, a Escala do Impacto do Acontecimento (IES) foi desenvolvida contendo duas subescalas, uma de intrusão, constituída por sete itens, e outra de evitamento, composta por 8 itens (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), que equivalem aproximadamente aos critérios B e C do DSM-IV (APA, 2002) para a Perturbação de Stress Pós-Traumático, em vigor actualmente. Neste instrumento, é pedido aos sujeitos que se pronunciem acerca da frequência de respostas intrusivas e de evitamento em relação a um acontecimento específico ou a uma série de acontecimentos.

Pouco depois da publicação da IES, a Perturbação de Stress Pós-Traumático foi introduzida na terceira edição do DSM (APA, 1980). A conceptualização desta perturbação no DSM-III diverge do modelo proposto por Horowitz ao incluir três grupos de sintomas. Para além de um grupo de sintomas de intrusão e de um grupo de sintomas que englobam um envolvimento reduzido no mundo externo (i.e. evitamento), ambos avaliados pela IES, o DSM-III delineou ainda um terceiro conjunto de sintomas respeitantes a hiperactivação fisiológica. O modelo tripartido da Perturbação de Stress Pós-Traumático persistiu ao longo de três décadas desde a primeira publicação do DSM-III, e edições subsequentes do manual de diagnóstico da APA continuaram a conceber a

Perturbação de Stress Pós-Traumático como sendo composta por estes três grupos de sintomas.

Apesar de não corresponder totalmente aos critérios de diagnóstico definidos pelo DSM, a IES tornou-se num instrumento de medida relevante na literatura sobre trauma. A IES tem sido utilizada para avaliar respostas extremas de stress numa grande variedade de incidentes críticos (Amick-McMullan et al., 1989; Andersen, Christensen & Petersen, 1991; Alexander, 1993; Cella, Mahon, & Donovan, 1990; Malt et al., 1993;) e também como medida de resultados em estudos de tratamento (Davidson et al., 1993; Frank et al., 1988; Grisaru et al., 1998; Renfrey & Spates, 1994; Resick et. al, 1988). Esta escala tem ainda sido usada com populações diversas (desde adultos a crianças sobreviventes de acontecimentos traumáticos) e tem sido traduzida para diversas línguas (Briere & Elliott, 1998; Joseph, 2000; Sundin & Horowitz, 2003).

Contudo, diversos problemas conceptuais e de medida têm sido apontados à IES. Designadamente, Larsson (2000) salienta que a escala parece medir mais um estado geral de afectividade negativa do que um fenómeno específico de trauma. Uma vez que a escala foi originalmente construída para medir *“o grau de impacto subjectivo vivenciado no momento como resultado de um acontecimento específico”* (Horowitz et al., 1979, p. 209), as subescalas de intrusão e evitamento não foram concebidas para representarem constructos independentes que seriam distintos de um sofrimento geral, permanecendo pouco claro em que medida estas subescalas avaliam fenómenos específicos de trauma. A lacuna na avaliação de sintomas de hiperactivação contribui igualmente para o facto desta medida não corresponder ao modelo tripartido de Perturbação de Stress Pós-Traumático (conforme definida pelo DSM-IV). Paralelamente, as elevadas inter-correlações que têm sido encontradas entre as subescalas de intrusão e evitamento têm justificado adicionalmente esta limitação (Larsson, 2000).

Neste sentido, alguns autores têm questionado a estrutura factorial subjacente à IES. Os estudos sobre a dimensionalidade deste instrumento têm divergido no número de factores encontrado (Andrews, Shevlin, Troop, & Joseph, 2004; Shevlin, Hunt, & Robbins, 2000)

Por último, apesar de amplamente usada na literatura sobre trauma, a IES tem sido criticada por não permitir avaliar a Perturbação de Stress Pós-Traumático, tal como definida no DSM-IV (Joseph, 2000). Este instrumento contém itens que não reflectem a sintomatologia descrita no manual de diagnóstico da APA, especificamente (e tal como referido anteriormente) os sintomas de hiperactivação não estão representados.

Na tentativa de superar esta limitação e melhorar a utilidade da IES e a sua aplicabilidade à sintomatologia traumática como determinada no DSM, Weiss e Marmar (1997) desenvolveram uma versão revista desta escala – a Escala do Impacto de Acontecimento-Revista (*Impact of Event Scale-Revised*, IES-R). A IES-R tem como objectivo medir o sofrimento subjectivo para um acontecimento de vida específico. É constituída por 22 itens, 8 itens de intrusão (e.g. “*Sonhei com isso*”) e 8 itens de evitamento (e.g. “*Tentei não falar sobre isso*”), derivados do IES original, e acrescenta 6 itens destinados a avaliar a hiperactivação (e.g. “*Sentia-me irritável e zangado*”). Os autores tentaram manter a comparabilidade da IES-R com a IES, pelo que apenas fizeram mudanças diminutas nos itens das subescalas de intrusão e evitamento. Particularmente, foi adicionado um item à subescala de intrusão para avaliar o reexperienciar dissociativo presente na vivência de *flashbacks*. Por outro lado, foram acrescentados seis itens de hiperactivação que avaliam sono, irritabilidade, concentração, hipervigilância, resposta de activação (*startle*) e activação fisiológica. As instruções foram modificadas e passou a ser pedido aos respondentes que se pronunciassem acerca do grau de sofrimento/perturbação causado pelos sintomas, em vez da sua frequência. O formato de resposta foi alterado para uma escala de *Lickert* de 5 pontos, de o (*nada*) a 4 (*muitíssimo*), com intervalos iguais.

Weiss e Marmar (1997) realizaram o estudo das propriedades psicométricas da IES-R em duas amostras: uma de profissionais de emergência expostos ao colapso de uma auto-estrada da Califórnia ($N=430$) e outra de indivíduos que experienciaram o terramoto de Northridge, em Los Angeles em 1994 ($N=146$). No que concerne a fidelidade, a IES-R mostrou elevada consistência interna, com coeficientes de *alpha* entre .87 a .92 para a subescala de intrusão, .84 a .85 para a subescala de evitamento e .79 a .90 para a subescala de hiperactivação (Weiss & Marmar, 1997). Ao nível da estabilidade temporal, os autores encontraram (para um intervalo de seis meses), na primeira amostra ($N=429$), correlações teste-reteste significativas na ordem dos .57 na intrusão, .51 para o evitamento e .59 na hiperactivação. Na segunda amostra ($N=197$), os valores de correlação obtidos foram mais elevados, especificamente, .94 para a intrusão, .89 no evitamento e .92 na hiperactivação.

Relativamente à validade factorial da escala, Weiss e Marmar (1997) efectuaram uma análise de componentes principais com rotação varimax, que revelou a presença de um factor único e robusto, explicativo de 49 % da variância. Os autores sugerem que este resultado se deve ao facto de apenas alguns sujeitos descreverem uma intensidade média ou elevada de sintomatologia, salientando ainda o facto da sua amostra ser proveniente de uma população não-clínica. As correlações encontradas entre as subescalas foram elevadas (na ordem de .74 entre as subescalas intrusão e evitamento, .87 entre as subescalas intrusão e hiperacti-

vação e .74 entre as subescalas evitamento e hiperactivação) uma indicando boa validade de constructo.

Finalmente, Weiss e Marmar (1997) ressaltam que, apesar dos critérios do DSM para a Perturbação de Stress Pós-Traumático estarem organizados em três grupos de sintomas de intrusão, evitamento e hiperactivação, a validação empírica desta estrutura carece de suporte empírico adequado. Tal é relevante, não só em termos psicométricos mas também em relação à formulação diagnóstica da PTSD. Outro aspecto importante, respeita a padrões de sintomas diversos em indivíduos com baixos níveis de sintomatologia quando comparados com indivíduos com psicopatologia grave, como PTSD.

Desde a sua publicação, numerosos estudos na área do trauma têm adoptado a IES-R como medida de stress traumático em diversas populações (Cetin, et al., 2005; Cusack & Spates, 1999; Deluyn, Broeckaert, Schuyten, & De Temmerman, 2004; McCaslin, Jacobs, Metzler, & Marmar, 2005; Pfefferbaum et al., 2000; Saladin, et al., 2003; Schäfer, Barkmann, Riedesser, & Schulte-Markort, 2006; Shevlin & McGuigan, 2003; Simeon, Greenberg, Knutelska, Schmeidler, & Hollander, 2003; Somer, Ruvio, Sofer, & Sever, 2005).

Este instrumento tem sido traduzido para outras línguas, como coreano (Hyun-Kook et al., 2009), holandês (Olde, Kleber, van der Hart, & Pop, 2006), chinês (Wu & Chan, 2003), francês, (Brunet, St-Hilaire, Jehel, & Kind, 2003), japonês (Asukai et al., 2002), espanhol (Baguena et al., 2001) e alemão (Maercker, & Schützwohl, 1998).

Contudo, e apesar de ter sido criado em 1997, são escassos os estudos que se têm debruçado sobre as propriedades psicométricas da IES-R (Baumert, Simon, Gündel, Schmitt, & Ladwig, 2004; Beck et al., 2008; Creamer, Bell & Salvina, 2003), contando-se, para além destes, alguns dos esforços de validação para outras línguas acima enumerados, que procuraram explorar as propriedades psicométricas e a estrutura factorial da IES-R (Asukai et al., 2002; Brunet, St-Hilaire, Jehel, & Kind, 2003; Hyun-Kook et al., 2009; Olde, Kleber, van der Hart, & Pop, 2006; Wu & Chan, 2003).

Todos estes estudos encontraram bons indicadores de fidelidade, apresentando valores de consistência interna que variaram de elevados a muito elevados, quer para o total da escala (alfas de Cronbach de .88 a .96) quer para as três subescalas (intrusão: alfas de Cronbach de .86 a .94; evitamento: alfas de Cronbach de .85 a .90; hiperactivação: alfas de Cronbach de .79 a .91).

Ao nível da estrutura factorial da IES-R, os resultados descritos na literatura são diversos. Asukai e colaboradores (2002), que estudaram quatro grupos de vítimas de desastres naturais e ataques terroristas ($N=73-685$), encontraram três factores: um factor de evitamento, outro contendo itens de intrusão e hiperactivação, e um outro

factor de hiperactivação, composto por itens de sono, irritabilidade, concentração e entorpecimento. Numa amostra de mulheres grávidas ($N=224$) que sobreviveram a uma tempestade de gelo no Quebec, Canada, Brunet e colaboradores (2003) averiguaram a estrutura factorial da IES-R usando uma análise de componentes principais, que permitiu extrair dois ou três componentes. O modelo de três factores explicava 56% da variância e consistia num factor de hiperactivação (7 itens), num factor de evitamento (6 itens) e num factor de intrusão (6 itens). A solução de dois factores incluía um factor de evitamento e outro de intrusão-activação. Por seu lado, Wu e colaboradores (2003) observaram um único factor explicativo de 44% da variância numa amostra não-clínica de sujeitos ($N=116$) que consultaram os serviços de urgência e acidentados de um hospital de Hong Kong por várias razões (e.g. ferimentos, desconforto físico). Creamer, Bell e Failla (2003) estudaram dois grupos de veteranos vietnamitas: uma amostra clínica com diagnóstico de PTSD ($N=120$) e uma amostra da comunidade caracterizada por uma ampla variedade de sintomatologia traumática ($N=154$). A análise factorial confirmatória conduzida por estes autores não apoiou a solução de três factores correspondentes às três subescalas de intrusão, evitamento e hiperactivação. Uma análise factorial exploratória sugeriu uma solução de um factor explicativo de 49% da variância, ou de dois factores, um de intrusão – hiperactivação e outro de evitamento, que explicavam 56% da variância, sem contudo apresentar uma vantagem estatística clara para qualquer um dos modelos. Num outro estudo, Baumert, Simon, Gündel, Schmitt, e Ladwig (2004) realizaram uma análise de componentes principais com rotação varimax e quatro factores predefinidos, numa amostra de sobreviventes ($N=129$) de um incidente cardíaco grave. Contudo, não distinguiram entre a adequação de uma solução de três factores e uma outra de quatro factores (intrusão, evitamento, hiperactivação e entorpecimento). Num estudo com mulheres ($N=435$) que tinham dado à luz recentemente, Olde, Kleber, van der Hart e Pop (2006) conduziram uma análise factorial confirmatória, testando três modelos: um primeiro, com um único factor contendo todos os itens da IES-R, um segundo composto por três factores, e um terceiro, com uma solução de dois factores. A solução de um factor e bem como a de dois factores não mostraram índices de adequação satisfatórios. No mesmo sentido, não foi encontrado suporte empírico para a estrutura factorial de três factores. Num estudo recente, Beck e colaboradores (2008) estudaram a validade factorial da IES-R numa amostra de indivíduos ($N=182$) vítimas de acidentes de viação graves. A análise factorial confirmatória efectuada encontrou suporte empírico para a estrutura de três factores. Finalmente, Hyun-Kook e colaboradores (2009) utilizaram duas amostras clínicas, uma de pacientes ($N=93$) com diagnóstico de PTSD, outra de paciente psiquiátricos não-psicóticos ($N=73$), e uma outra não clínica de indivíduos saudáveis ($N=88$). Uma análise de componentes principais com rotação ortogonal foi conduzida pelos autores, que encontraram uma solução de quatro factores, explicativa de 68% da variância

(intrusão, evitamento, hiperactivação e entorpecimento/dissociação). Como é possível verificar a partir desta resenha, é premente prosseguir com o estudo da validade factorial da IES-R.

420

Para além dos resultados pouco claros em relação à estrutura factorial da IES-R e da escassez de literatura acerca das propriedades psicométricas desta escala (Creamer, Bell, & Salvina, 2003; Beck et al., 2008), não existe ainda validação da IES-R para a população portuguesa e a maioria das investigações que utilizam este questionário de auto-resposta tem recorrido a populações clínicas ou expostas a situações traumáticas (Asukai et al., 2002; Beck et al., 2008; Brunet et al., 2003) sendo poucos os estudos que utilizam este instrumento de medida numa população normal com uma mais ampla variedade de sintomatologia de stress traumático. Simultaneamente, apesar desta escala estar frequentemente associada a dramas, sejam eles naturais, públicos ou pessoais, o impacto das experiências de vergonha não mereceu ainda atenção empírica.

1.1. Objectivos

No sentido de contribuir para colmatar algumas destas lacunas, o presente estudo apresenta três objectivos. Em primeiro lugar, pretende traduzir e adaptar para a língua portuguesa a IES_R. O segundo objectivo prende-se com o estudo da estrutura factorial da versão portuguesa da IES-R numa vasta amostra da população geral e relativamente ao impacto de experiências de vergonha vivenciadas na infância ou adolescência. Por último, este estudo propõe-se examinar as propriedades psicométricas da estrutura factorial obtida, especificamente a análise dos itens e consistência interna, fidelidade teste-reteste e, por fim, explorar a validade convergente e divergente deste instrumento usando medidas de ansiedade, depressão e stress e da centralidade do acontecimento traumático.

Estudo da validade e propriedades psicométricas da IES-R

2. Método

2.1. Participantes

Os sujeitos utilizados nesta amostra foram retirados de uma amostra mais vasta relacionada com um projecto de investigação sobre experiências de vergonha e psicopatologia. Participaram neste estudo um total de 811 sujeitos, 481 estudantes recrutados na Universidade de Coimbra (59.3%) e 330 indivíduos prove-

nientes da população geral (40.7%). 59.9% dos sujeitos eram do sexo feminino ($n=486$), com uma idade média de 28.82 ($DP=11.08$) e 40.1% do sexo masculino ($n=325$), com uma média de idades de 26.35 ($DP=10.61$). 74% dos sujeitos eram solteiros ($n=596$). Nesta amostra, 59% dos sujeitos eram estudantes ($n=481$), 19% dos sujeitos da população geral tinham profissões de classe média ($n=153$). Em média, os participantes tinham 14 anos de escolaridade ($DP=3.21$). Ambos os grupos (estudantes e sujeitos da população geral) apresentaram valores de média e desvio padrão semelhantes nas variáveis em estudo. Paralelamente, não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres nas mesmas variáveis. Como tal, a análise de dados teve em consideração apenas um grupo total.

2.2. Instrumentos

Versão Portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (IES-R; *Impact of Event Scale-Revised*, Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação: Matos, & Pinto-Gouveia, 2006). A comparabilidade entre a versão portuguesa da IES-R e a IES-R original foi validada através de um rigoroso procedimento de tradução-retroversão (cf. Validade de conteúdo). Como anteriormente descrito, a IES-R é um instrumento de auto-resposta que procura avaliar o sofrimento subjectivo que advém de uma experiência específica, neste estudo em particular, de uma experiência de vergonha da infância ou adolescência. Esta escala contém 22 itens, cada um cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0=*Nada*; 4=*Muitíssimo*). Na sua estrutura original, a IES-R é composta por três subescalas (intrusão, evitamento e hiperactivação) que medem as três características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. Uma vez que este estudo de validação da IES-R integrou um estudo mais geral a respeito do das memórias traumáticas de vergonha (Matos, & Pinto-Gouveia, 2010), as instruções da versão original da IES-R foram ligeiramente modificadas para melhor se adaptarem à natureza da nossa investigação. Deste modo, foi pedido aos participantes que dessem as suas respostas com base no impacto que uma experiência de vergonha marcante e significativa que recordassem da sua infância e adolescência teve ao longo da vida (depois de uma breve introdução acerca do conceito de vergonha, era dada a seguinte instrução: “*De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência marcante por que passou em que acha ter sentido Vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência. Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado ao longo da sua vida, a partir de 6 meses após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de Vergonha de lhe ocorreu, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades.*”)

Escala da Centralidade do Acontecimento (Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010) versão portuguesa da *Centrality of Event Scale* (CES; Berntsen, & Rubin, 2006). Esta escala pretende avaliar a centralidade de um acontecimento ou memória (traumático/a) na identidade e na história de vida de uma pessoa. Este questionário de auto-resposta é composto por 20 itens, que remetem para a noção de um acontecimento traumático (ou a sua memória) se constituir como um ponto de referência central para a formação de expectativas e atribuição de significado a outros acontecimentos, como um ponto de viragem na história de vida e como central na identidade pessoal. Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1=*Discordo totalmente*; 5=*Concordo totalmente*). A versão original da CES apresentou índices de fidelidade elevados, com um alfa de Cronbach de .94. Com a amostra do nosso estudo foi obtido um alfa de Cronbach de .96.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), versão portuguesa da *Depression, Anxiety and Stress Scales* (Lovibond, & Lovibond, 1995). Este é um instrumento de auto-resposta composto por 42 itens, organizados em três subescalas com 14 itens cada (Depressão, Ansiedade e Stress). Os itens indicam sintomas emocionais negativos e os participantes são instruídos classificar as suas respostas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0=*Não se aplicou nada a mim*; 3=*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). A medida permite obter resultados parciais para cada uma das subescalas de ansiedade, depressão e stress, com uma amplitude de resultados a variar entre 0 e 42. Para a versão portuguesa desta escala, os autores encontraram bons valores de consistência interna, com alfas de Cronbach a variarem entre .83 e .93. No nosso estudo, as três subescalas mostraram valores de consistência interna elevados (Depressão $\alpha=.94$; Ansiedade $\alpha=.90$; Stress $\alpha=.93$).

2.3. Procedimento

2.3.1. Procedimentos metodológicos

A bateria de questionários de auto-resposta foi administrada aos participantes pelo autor, com ajuda de estudantes do último ano da licenciatura de Psicologia. No grupo dos estudantes a bateria foi preenchida pelos sujeitos no contexto de sala de aula, com prévio conhecimento e autorização do professor responsável. A versão portuguesa da IES-R foi preenchida por 31 sujeitos, após aproximadamente quatro semanas, para averiguar da fidelidade teste-reteste. O grupo de indivíduos da população geral constituiu uma amostra de conveniência. De acordo com os requisitos éticos, foi enfatizado junto dos participantes que a sua cooperação no estudo era voluntária e de que as suas respostas eram confidenciais e usadas apenas no contexto da investigação.

2.3.2. *Procedimentos estatísticos*

Na análise dos dados recorreu-se ao SPSS versão 15.0.

Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas todos os valores com probabilidade associada inferior a .05 (Howell, 2006).

Na análise de dimensionalidade da IES-R, optou-se por uma Análise em Componente em Principais, com o objectivo de averiguar a composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão (Stevens, 1986; Tabachnick & Fidell, 2007). Este procedimento exploratório permite verificar o agrupamento das variáveis em componentes, considerando a variância total disponível. Justifica-se a sua utilização por ser a replicação da opção metodológica do estudo original (Weiss & Marmar, 1997) e por se tratar de uma metodologia flexível que, no caso de amostras alargadas como a do presente estudo, permite apurar dimensões semelhantes ao procedimento de Análise Factorial Exploratória (Tabachnick & Fidell, 2007). Seguidamente, procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach, considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). A qualidade dos itens foi examinada através do cálculo da correlação do item com o total da escala excepto o próprio item (Nunnally, 1978).

A fidelidade teste reteste assim como as validades convergente e divergente foram averiguadas através do coeficiente de correlação paramétrico de Pearson (Nunnally, 1978). Na comparação entre pontuações da IES-R de dois grupos de indivíduos recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes (Howell, 2006).

3. Resultados

3.1. *Validade de conteúdo*

Depois de garantidos todos os requisitos éticos referentes ao contacto com os autores da medida original e de obtida a sua autorização para a utilização do instrumento, procedeu-se ao processo de tradução-retroversão de forma a garantir a comparabilidade da versão portuguesa da IES-R e da IES-R original. Inicialmente, os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada. Foram analisados os aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item. De seguida, o conteúdo da versão final da IES-R foi verificado através de um processo de retroversão, realizado por um tradutor de nacionalidade inglesa, e repetido até o significado de cada item corresponder ao do item original da IES-R.

3.2. Dimensionalidade

No estudo da dimensionalidade, realizou-se uma Análise em Componentes Principais (ACP) livre. Esta solução inicial indicava, através do critério de Kaiser e da análise do *Scree Plot* de Cattell, a retenção de dois componentes. Num segundo passo, voltou-se a efectuar uma ACP forçada a dois factores, com rotação varimax [procedimento utilizado pelos autores da escala original (Weiss & Marmar, 1997)]. A análise desta solução revelou que estas duas componentes explicavam respectivamente 36.45% da variância (*eigenvalue* = 8.02) e 24.90% (*eigenvalue* de 5.48). Numa análise à matriz rodada, verificou-se que a maioria dos itens saturavam de forma expressiva na primeira componente o que, nalguns casos, implicava coeficientes de saturação muito elevados em ambas as componentes. Esta ocorrência obrigaria à retirada de vários itens que assim não seriam diferenciadores da variável medida em cada componente.

Optou-se então por repetir a ACP, forçando a existência de apenas uma componente. Este procedimento justifica-se, por um lado, nas análises realizadas pelos autores da escala original (Weiss & Marmar, 1997) e, por outro lado, pelos valores de coeficientes de saturação e *eigenvalues* encontrados nas duas soluções prévias. A observação dos indicadores de adequação *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=.970$) e índice de esfericidade de Bartlett [$\chi^2_{(231)}=13058.163, p<.001$] revelou níveis muito bons de adequação da matriz, o que nos permite prosseguir os cálculos. Desta forma foi possível encontrar uma única componente com um valor de *eigenvalue* de 12.181 que explica 55.4% da variância. Da observação da Tabela 1, verifica-se que todos os itens revelam comunalidades de moderadas a elevadas (superiores a .35) e saturações factoriais elevadas (entre .59 e .85), valores acima dos pontos de corte sugeridos por Tabachnick e Fidell (2007).

Tabela 1. Saturações factoriais e comunalidades dos itens da IES-R na solução de uma componente (N=811).

Item	Saturação factorial	Comunalidades	Item	Saturação factorial	Comunalidades
IESR_10	.85	.72	IESR_14	.74	.55
IESR_16	.84	.70	IESR_20	.74	.55
IESR_18	.82	.68	IESR_1	.73	.54
IESR_3	.81	.66	IESR_8	.73	.54
IESR_12	.81	.65	IESR_19	.72	.52
IESR_6	.80	.64	IESR_17	.71	.51
IESR_9	.79	.63	IESR_11	.67	.45
IESR_15	.79	.62	IESR_22	.65	.42
IESR_2	.78	.61	IESR_13	.62	.39
IESR_4	.75	.56	IESR_5	.59	.35
IESR_21	.75	.56	IESR_7	.59	.35

3.3. Análise dos itens e Consistência interna

A análise dos itens, efectuada através da correlação do item com o total da subescala excepto o próprio item, permite afirmar a qualidade de cada item na componente. Na Tabela 2, observam-se valores de correlação elevados para todos os itens, superiores a .56. A observação do valor do alfa se o item for excluído permite concluir que a retirada de qualquer um dos itens não faz aumentar o valor do alfa.

Tabela 2. Valores médios, de desvio padrão, correlação item-total corrigida e alfa de Cronbach se o item for excluído (N=811)

Item Versão Portuguesa	M	DP	r Item-total	α Cronbach
IESR_1 Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos disso.	1.55	1.03	.70	.96
IESR_2 Tive dificuldades em permanecer a dormir.	.84	1.1	.75	.96
IESR_3 Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	1.19	1.05	.78	.96
IESR_4 Sentia-me irritável e zangado.	1.28	1.15	.72	.96
IESR_5 Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso.	1.66	1.12	.56	.96
IESR_6 Pensei sobre isso quando não era minha intenção.	1.5	1.08	.77	.96
IESR_7 Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	1.03	1,1	.56	.96
IESR_8 Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso.	1.18	1.21	.71	.96
IESR_9 Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça.	1.57	1.14	.76	.96
IESR_10 Estava agitado e ficava nervoso com facilidade.	1.23	1.16	.82	.96
IESR_11 Tentei não pensar no acontecimento.	1.73	1.21	.65	.96
IESR_12 Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles.	1.34	1.14	.78	.96
IESR_13 Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso.	1.05	1.07	.59	.96

IESR_14				
Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação.	.97	1.12	.71	.96
IESR_15				
Tive dificuldades em adormecer.	.89	1.17	.76	.96
IESR_16				
Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento.	1.27	1.17	.81	.96
IESR_17				
Tentei tirar isso da memória.	1.71	1.30	.69	.96
IESR_18				
Tive dificuldades em me concentrar.	1.13	1.20	.80	.96
IESR_19				
Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reacções físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações.	.82	1.12	.69	.96
IESR_20				
Sonhei com isso.	1.08	1.18	.71	.96
IESR_21				
Senti-me alerta e vigilante.	1.14	1.18	.72	.956
IESR_22				
Tentei não falar sobre isso.	1.71	1.36	.62	.96

Neste sentido, o valor encontrado para o alfa de Cronbach é de .96 (cf. Tabela 3), o que indica uma excelente consistência interna (Cronbach, 1984).

Tabela 3. Estatísticas descritivas e de fidelidade da IES-R (N=811)

<i>M</i>	<i>DP</i>	α Cronbach
27.9	18.8	.96

3.4. Fidelidade teste-reteste

O coeficiente de correlação de *Pearson* encontrado entre o teste e o reteste ($n=31$), para um período de 4 semanas, foi elevado ($r=.82$; $p<.010$), mostrando que a escala apresenta uma boa consistência temporal.

3.5. Validade convergente e divergente

De modo a estudar a validade convergente e divergente, foram realizadas correlações de *Pearson* entre a IES-R, a CES, e as subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress da EADS-42 (cf. Tabela 4)

No que concerne à validade convergente, foi encontrado um coeficiente de correlação positivo significativo elevado entre a IES-R e centralidade das memórias traumáticas, avaliadas pela CES ($r=.63$; $p<.010$).

A validade divergente foi analisada através dos coeficientes de correlação entre a IES-R e as subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress da EADS-42 e da sua capacidade de discriminar entre indivíduos com baixo/elevado impacto traumático do acontecimento e sintomas de Depressão, Ansiedade e Stress. A IES-R apresentou valores de correlação moderados com a Depressão ($r=.40$; $p<.010$), Ansiedade ($r=.42$; $p<.010$) e Stress ($r=.40$; $p<.010$).

Seguidamente, no sentido de examinar se os indivíduos com impacto traumático clínico se diferenciavam de indivíduos com impacto traumático mais baixo em relação a sintomatologia de Depressão, Ansiedade e Stress, foram criados dois grupos (IES-R Alto; IES-R Baixo) recorrendo ao ponto de corte clínico (média mais 1 desvio padrão) sugerido pelos autores (Weiss & Marmar, 1997). Os resultados do Teste t de Student para amostras independentes (cf. Tabela 5) permitiram constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com pontuações altas na IES-R e os que obtiveram pontuações baixas, em relação a sintomas de Depressão ($t=6.844$; $p<.001$), Ansiedade ($t=8.327$; $p<.001$) e Stress ($t=8.303$; $p<.001$). Isto é, indivíduos cujas experiências de vergonha tiveram maior impacto traumático tendem a apresentar mais sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress, comparativamente aos indivíduos cujas experiências de vergonha revelam menor impacto traumático.

Tabela 4. Matriz de correlações entre o total da IES-R, o total da CES, e as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress (N=811)

	IES-R	CES	Depressão	Ansiedade	Stress
IES-R	1				
CES	.63*	1			
EADS-42 Depressão	.40*	.31*	1		
Ansiedade	.42*	.33*	.78*	1	
Stress	.40*	.23*	.74*	.78*	1

* $p < .010$

Tabela 5. Teste *t* de Student para a diferença entre grupos com IES-R alto e baixo em relação a Depressão, Ansiedade e Stress (*N*=811)

	IES-R Alto		IES-R Baixo		<i>t</i> ₍₈₀₉₎
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
EADS-42	12.89	10.42	6.57	6.59	6.844*
Depressão					
Ansiedade	12.68	8.81	6.19	5.56	8.327*
Stress	18.18	9.32	11.19	7.31	8.303*

Nota: Alto: valores > ou = ao ponto de corte (Média + 1DP); Baixo: valores < ou = ao ponto de corte (Média – 1DP)

* *p* < .001

4. Discussão

O presente estudo tem o objectivo de contribuir para a validação uma versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento (IES-R) e estudar as suas características psicométricas, nomeadamente, a estrutura factorial, consistência interna, estabilidade temporal e validade convergente e divergente, numa ampla amostra de estudantes e da população geral.

No que diz respeito à validade de constructo da IES-R, encontrou-se, através de um procedimento exploratório que replica o procedimento utilizado para a escala original (Weiss & Marmar, 1997), uma solução unidimensional, que reforça a existência de um único padrão interpretável que remete para a uma resposta geral de stress traumático, com características de intrusão, evitamento e hiperactivação na sua globalidade. Deste modo, os indivíduos que obtêm pontuações mais elevadas na IES-R apresentam maior sintomatologia de stress traumático do que os que pontuam menos na escala.

Esta estrutura dimensional é concordante com o estudo original da escala, no qual Weiss e Marmar (1997), através de uma ACP com rotação varimax, encontraram apenas um factor único, explicativo de 49% da variância. Os nossos resultados vão também na linha do que foi apurado noutros estudos (Creamer, Bell, & Salvina, 2003; Wu & Chan, 2003) que encontraram suporte empírico para uma estrutura unidimensional.

Uma possível explicação para estes dados pode residir no facto deste estudo ter usado uma amostra não clínica e no tipo de acontecimento experienciado (uma experiência de vergonha vivida na infância ou adolescência e não um incidente traumático critico para a integridade física da pessoa), pelo que os resultados

poderão reflectir um sofrimento traumático mais geral e não tanto um quadro clínico definido, como a PTSD. Também Weiss e Marmar (1997), Creamer e colaboradores (2003), Wu e Chan (2003) e Olde e colaboradores (2006) sugerem que o uso de amostras não clínicas pode traduzir-se na avaliação de reacções de stress traumático fundamentais em vez de sintomatologia de PTSD. Tem pois sido sugerido que a estrutura factorial da IES-R pode diferir em função da severidade da sintomatologia de PTSD característica da amostra (Creamer, Bell, & Salvina 2003; Weiss & Marmar, 1997).

Por outro lado, outros estudos encontraram um número diverso de factores não correspondentes às três subescalas de intrusão, evitamento e hiperactivação, propostas teoricamente (Azukai et al., 2002; Baumert et al., 2004; Brunet et al., 2008; Hyun-Kook et al. 2009; Olde, et al., 2006). Efectivamente, a discrepância nas estruturas factoriais encontradas pode ser designativa da não existência de uma estrutura tripartida subjacente à IES-R e correspondente aos critérios de diagnóstico para a PTSD propostos pelo DSM-IV (APA, 2002), mas sim de um factor mais geral indicador de sofrimento subjectivo de stress traumático. Adicionalmente, a dificuldade em encontrar suporte empírico robusto para as componentes de intrusão, evitamento e hiperactivação não é exclusiva da IES-R, com vários estudos a propor modelos de quatro (Amdur & Liberzon, 2001; King, Leskin, King, & Weathers, 1998) ou dois factores (Taylor, Kuch, Koch, Crockett, & Passey, 1998). A estas considerações, acresce a proposta de alguns autores de existência de um contínuo nas reacções de stress traumático, variando de reacções traumáticas baixas, moderadas e não clínicas a PTSD clínica (e.g. Brewin et al, 1996; Horowitz, 1986).

No seu conjunto, os dados relativos à validade de constructo da IES-R sugerem que este instrumento constitui sobretudo uma boa medida de sofrimento subjectivo geral, em especial de reacções de stress traumático, com características de intrusão, evitamento e hiperactivação. Assim, ao invés de permitir um diagnóstico de PTSD de acordo com critérios específicos da DSM, variáveis consoante a edição do manual, esta escala tem a vantagem de permitir avaliar os constructos fulcrais de intrusão, evitamento e hiperactivação que caracterizam as reacções de stress traumático.

No nosso estudo, o elevado alfa de Cronbach encontrado para o total da IES-R aponta para uma excelente consistência interna da escala. Este resultado está em consonância com reportado por Weiss e Marmar (1997) no seu estudo da IES-R original, que encontraram indicadores de fidelidade elevados para o total da escala, bem como com os resultados de consistência interna em posteriores estudos psicométricos da IES-R (Beck et al., 2008; Creamer, Bell, & Salvina, 2003) e de validação da IES-R para outros países (Asukai et al., 2002; Brunet et al., 2003; Hyun-Kook et al., 2009; Olde, et al, 2006; Wu & Chan, 2003).

Ao nível da fidelidade teste-reteste, na nossa amostra a IES-R mostrou boa estabilidade temporal para um intervalo de quatro semanas. Este resultado vai ao encontro do relatado noutros estudos de validação da IES-R, que verificaram coeficientes de fidelidade teste-reteste na ordem de .73 e .99 (Asukai et al., 2002; Brunet, St-Hilaire, Jehel, & Kind, 2003; Hyun-Kook et al., 2009; Maercker, & Schützwohl, 1998; Wu & Chan, 2003;)

Na presente investigação, a IES-R revelou um coeficiente de correlação elevado e estatisticamente significativo com a Escala de Centralidade de um Acontecimento (CES), medida da extensão em que um determinado acontecimento ou memória traumática funciona como ponto de referência central para a atribuição de significados no dia-a-dia, na história de vida e na identidade pessoal. Este resultado aponta pois para uma boa validade convergente da IES-R e suporta os dados encontrados noutros estudos, em que a IES-R aparece positivamente associada a instrumentos que avaliam a sintomatologia de stress traumático, como a PTSD Checklist (Creamer, Bell, & Salvina, 2003), a PTSD Symptom Scale Self Report (Beck et al., 2008; Olde et al., 2006) ou a entrevista estruturada de diagnóstico Clinician Administered PTSD Scale (Asukai et al., 2002; Beck et al., 2008; Hyun-Kook et al., 2009).

Por outro lado, neste estudo foram encontradas correlações moderadas entre a IES-R e as subescalas de Depressão, Ansiedade e Stress. Uma análise comparativa através do teste *t* de Student para amostras independentes permitiu ainda verificar que os indivíduos com impacto traumático clínico se distinguiram significativamente daqueles cujo acontecimento de vergonha relatado teve menor impacto traumático, relativamente aos sintomas de Depressão, Ansiedade e Stress. Estes dados sugerem que esta escala apresenta uma boa validade divergente e preditiva, sendo capaz de discriminar entre indivíduos com maior e menor sintomatologia de depressão, ansiedade e stress. Estas conclusões apoiam os resultados de estudos prévios, que reportam correlações moderadas e baixas da IES-R com medidas de ansiedade e depressão indicando uma validade divergente satisfatória deste instrumento de medida (Baumert et al., 2004; Beck et al., 2008; Hyun-Kook et al., 2009; Olde et al., 2006).

Deste modo, estes resultados confirmam a hipótese de que as experiências de vergonha precoces revelam características de impacto traumático, nomeadamente estando associadas a sintomas de intrusão, evitamento e hiperactivação, estando de acordo com o sugerido por outros autores (Gilbert, 2002, 2003; Kaufman, 1989; Lewis, 1992; Tomkins, 1981). Adicionalmente, os nossos dados mostram que o impacto traumático das experiências de vergonha aparece associado à centralidade destas mesmas experiências, enquanto pontos referência para atribuição de significados a outras experiências, pontos de viragem na história de vida dos indivíduos e

componentes centrais na identidade pessoal. Por outro lado, os resultados deste estudo sugerem que o impacto traumático das experiências de vergonha está associado à psicopatologia, mostrando que os indivíduos com experiências de vergonha com mais impacto traumático tendem a revelar maior sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress. Estas considerações estão na linha do proposto por estudos anteriores, que já haviam sugerido que experiências precoces adversas, em particular as que assumem contornos de experiências de vergonha, afectam a maturação psicobiológica (Schore, 1998, 2001) e incrementam a vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert, & Gerlsma, 1999; Gilbert, & Perris, 2000; Stuewig, & McCloskey, 2005). No mesmo sentido, estes resultados são concordantes com trabalhos prévios no campo da memória traumática, que apontam para que as memórias traumáticas influenciam os processos cognitivos e emocionais subsequentes e estão relacionadas com sintomas psicopatológicos, como a depressão, a ansiedade, e reacções de stress traumático (Brewin, Reynolds, Tata, 1999; Greenberg, Rice, Cooper, Cabeza, Rubin & LaBar, 2005; Patel et al, 2007; Rubin, & Siegler, 2004; Rubin, Schrauf & Greenberg, 2003; Shevlin & McGuigan, 2003; Simeon, et al, 2003).

Algumas reservas metodológicas devem ser tidas em conta na consideração dos resultados da presente investigação.

Uma das limitações diz respeito ao facto da nossa amostra ser composta por estudantes e indivíduos da população geral o que dificulta a generalização dos resultados para uma população clínica. Por outro lado, o uso de uma amostra não clínica ou não traumatizada pode ter condicionado os resultados, dificultando a análise da independência das subescalas da IES-R, uma vez que a maioria dos estudos realizados com a IES-R usou populações clínicas ou expostas a incidentes traumáticos críticos (Asukai et al., 2002; Baumert, et al. 2004; Beck et al., 2008; Brunet et al. 2003; Creamer, Bell & Failla, 2003; Hyun-Kook et al., 2009). Por estas razões, a replicação destes resultados com uma amostra clínica de sujeitos com PTSD e uma amostra de indivíduos expostos a incidentes traumáticos graves pode incrementar o conhecimento acerca da validade de constructo deste instrumento. Apesar disso, os dados recolhidos com a nossa amostra não clínica não deixam de ser relevantes, ao providenciarem uma base de comparação para futuras investigações e permitirem um conhecimento mais aprofundado das reacções de stress traumático numa população com uma ampla variedade de sintomatologia de stress traumático.

Adicionalmente, o facto dos participantes terem completado a IES-R a respeito do impacto de uma experiência de vergonha da infância ou adolescência ao longo da vida, limita a interpretação dos resultados ao impacto traumático de memórias de experiências de vergonha, pelo que seria pertinente estudar as

propriedades psicométricas desta medida em relação a outro tipo de acontecimentos traumáticos. Simultaneamente, o facto de se tratar da memória de uma experiência decorrida na infância e adolescência, poderá ter estado sujeita à influencia do tempo, dificultando a sua selecção e evocação (Friedman, 2004), bem como poderá ter sofrido a influencia do humor e dos processos cognitivos decorrentes (Schaefer & Philippot, 2005). Por estas razões, a replicação destes resultados tendo por referência experiências de vergonha mais recentes pode contribuir para superar esta limitação.

O facto de apenas se ter usado a CES para analisar a validade convergente da IES-R constitui uma outra limitação desta investigação. Estudos futuros poderão examinar a relação entre esta escala e outros instrumentos específicos para avaliar a PTSD, como a PTSD Checklist (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1994), a PTSD Symptom Scale Self Report (PSS-SR; Foa et. al, 1993) ou a entrevista estruturada Clinician Administered PTSD Scale (CAPS; Blake, e tal, 1990; 1995) e com outras medidas para avaliar sofrimento subjectivo, como a Symptom Checklist 90 – Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994). Por fim, seria útil que investigações futuras se dedicassem ao estudo da sensibilidade da IES-R a mudanças produzidas pela psicoterapia.

A presente investigação mostrou que a versão portuguesa da IES-R surge como instrumento válido para avaliar respostas gerais de stress traumático, nomeadamente o impacto traumático a experiências precoces de vergonha. Apesar da estrutura factorial tripartida da escala, sugerida teoricamente, não ter encontrado suporte empírico na nossa amostra, a IES-R apresentou boas propriedades psicométricas e aparece relacionada com sintomas psicopatológicos e com a centralidade de memórias traumáticas. Neste sentido, espera-se que este estudo contribua para o uso da IES-R em futuras investigações, na população portuguesa.

Referências bibliográficas

- Alexander, P. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 346–362.
- Amdur, R. L., & Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: a confirmatory factor analysis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 345–357.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th ed., Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L.J., & Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 21–35.
- Andersen, H. D., Christensen, A. K., & Petersen, G. O. (1991). Post-traumatic stress reactions amongst rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Research, 4*, 245–251.
- Andrews, L., Shevlin, M., Troop, N., & Joseph, S. (2004). Multidimensionality of intrusion and avoidance: Alternative factor models of the Impact of Event Scale. *Personality and Individual Differences, 36*, 431–446.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale—Revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 175–182.
- Baguena, M., Villarroja, E., Belena, A., Amelia, D., Roldan, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicometricas de la version espanola de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R) [Psychometric properties of the Spanish version of the Impact of Event Scale—Revised (IES-R)]. *Analisis y Modificacion de Conducta, 27*, 581–604.
- Baumert, J., Simon, H., Guñdel, H., Schmitt, C., & Ladwig, K.-H. (2004). The Impact of Event Scale-Revised: Evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of a life-threatening cardiac event—An analysis of 129 patients with an implanted cardiovascular defibrillator. *Journal of Affective Disorders, 82*, 29–41.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Anxiety Disorders, 22*, 187–198.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 219–231.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessment current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behaviour Therapist, 13*, 187–188.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339–376.
- Brewin, C., Reynolds, M., & Tata, Ph. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 511–517.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670–686.
- Briere, J., & Elliot, D. M. (1998). Clinical utility of the Impact of Event Scale: psychometrics in the general population. *Assessment, 5*, 171–180.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & Kind, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 56–61.
- Cella, D. F., Mahon, S. M., & Donovan, M. I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behaviour Medicine, 16*, 15–22.
- Cetin, M., Kose, S., Ebrinc, S., Yigit, S., Elhai, J., & Basoglu, C. (2005). Identification and post-traumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 485–489.

- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489–1496.
- Cronbach, L. (1984). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row.
- Cusack, K., & Spates, C. R. (1999). The cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 87–99.
- Davidson, J.R., Kudler, H.S., Saunders, W.B., Erickson, L., Smith, R.D., Stein, R.M., Lipper, S., Hammett, E.B., Mahorney, S.L., & Cavenar, J.O. (1993). Predicting the response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1024–1029.
- Deluyn, I., Broeckaert, E., Schuyten, G., & De Temmerman, E. (2004). Post-traumatic stress in former Ugandan Child soldiers. *The Lancet*, 361, 361–363.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual – I.3*. National Computer Systems, Minneapolis.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2004). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Frank, J.B., Kosten, T.R., Giller, E.L., & Elisheva, D. (1988). A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1289–1291.
- Friedman, W. J. (2004). Time in autobiographical memory. *Social Cognition*, 22, 591–605.
- Gilbert, P. (1998). What Is Shame? Some Core Issues and Controversies. In P. Gilbert and B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal Behaviour, Psychopathology and Culture* (pp. 3–36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000) Social Mentalities: Internal 'Social' Conflicts and the Role of Inner Warmth and Compassion in Cognitive Therapy. In P. Gilbert and K. Bailey (Eds.). *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 118–150). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, 70: 1205–1230.
- Gilbert, P., Allan, S. & Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 23–34.
- Gilbert, P. & Perris, C. (2000). Early Experiences and Subsequent Psychosocial adaptation. An Introduction. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 243–245.
- Gilbert, P. & Gerlsma, C. (1999). Recall of Shame and favouritism in relation to psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357–374.
- Gilbert, P. & Irons, C., (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassion mind training for people with high shame and self criticism; Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychology*, 13, 353–379.
- Greenberg, D., Rice, H., Cooper, J., Cabeza, R., Rubin, D. & LaBar, K. (2005). Co-activation of the amygdala, hippocampus and inferior frontal gyrus during autobiographical memory retrieval. *Neuropsychologia*, 43, 659–674.
- Grisaru, N., Amir, M., Cohen, H., et al (1998). Effect of transcranial magnetic stimulation in posttraumatic stress disorder : a preliminar study. *Biological psychiatry*, 44, 52–55.

- Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 231-240.
- Harder, D. (1995). Shame and guilt assessment and relationships of shame- guilt- proneness to psychopathology. In J. Tangney & K. Fischer (Eds.), *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride* (pp. 368-392). New York: Guilford.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes* (1st ed.). New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders* (3rd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Howell, D. (2006). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- Hyun-Kook, L., Jong-Min, W., Tae-Suk, K., Tae-Hyung, K., Kyeong-Sook, C., Sang-Keun, C., Ik-Seoung, C., Kyoung-Uk, L., Ki Chung, P., Ho-Jun, S., Won, K., Bora, J., & Jeong-Ho, C. (2009). Comprehensive Psychiatry. Consultado em 12 de Dezembro de 2008, www.sciencedirect.com.
- Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's impact of event scale: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 101-113.
- Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame*. New York: Springer.
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician administered PTSD Scale: evidence for the dimensionality of post-traumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10, 90-96.
- Kleber, R. J., Fogley, C. R., & Gersons, B. P. R. (Eds.). (1995). *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum.
- Larsson, G. (2000). Dimensional analysis of the impact of event scale using structural equation modelling. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 192-204.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The Exposed Self*. New York: The Free Press.
- Lewis, M. (2000) Self-conscious Emotions: Embarrassment, Pride, Shame and Guilt. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of Emotions* (pp. 623-636). New York: Guildford Press.
- Lovibond, P., & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depressive and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 335-343.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Die revision der impact of event skala. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Malt, U. F., Karlehagen, S., Hoff, H., Jerstromer, U., Hildingson, K., Tibell, E., & Leymann, H. (1993). The effect of major railway accidents on the psychological health of train drivers: acute psychological responses to accident. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 793-805
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17 (4), 299-312. DOI: 10.1002/cpp.659
- Matos M., & Pinto Gouveia, J., & Gomes, P. (2010). A centralidade das experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Centralidade do Acontecimento. *Psicologia*, XXIV (1), 73-95.
- McCaslin, S. E., Jacobs, G. A., Metzler, T. J., & Marmar, C. R. (2005). How does negative life events change following disaster response impact distress among red cross responders?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 246-253.

- Nathanson, D. L. (Ed.) (1996). *Knowing Feeling. Affect, Script and Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2^a ed.). USA: McGraw Hill.
- Olde, E., Kleber, R. J., van der Hart, O., & Pop, V. J. M. (2006). Childbirth and posttraumatic stress responses: A validation study of The Dutch Impact of Event Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 259-267.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade depressão stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- 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.
- Pfefferbaum, B., Seale, T. W., McDonald, N. B., Brandt, E. N., Rainwater, S. M., Maynard, B. T., Meierhoefer, B., & Miller, P. D. (2000). Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry—Interpersonal and Biological Processes*, 63, 358-370.
- Renfrey, G., & Spates, C.R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: a partial dismantling study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., & Hutter, C.K. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behaviour Therapy*, 19, 385-401.
- Rubin, D., Schrauf, R. & Greenberg, D. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory and Cognition*, 31, 887-901.
- Rubin, D. & Siegler, I. (2004). Facets of Personality and the phenomenology of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 913-930.
- Saladin, M. E., Drobos, D. J., Coffey, S. F., Dansky, B. S., Brady, K. T., & Kilpatrick, D. G. (2003). PTSD symptom severity as a predictor of cue elicited drug craving in victims of violent crime. *Addictive Behaviours*, 28, 1611-1629.
- Schaefer, A., & Philippot, P. (2005). Selective effects of emotion on the phenomenal characteristics of autobiographical memories. *Memory*, 13, 148-160.
- Schäfer, I., Barkmann, C., Riedesser, P., & Schulte-Markort, M. (2006). Posttraumatic syndromes in children and adolescents after road traffic accidents – A prospective cohort study. *Psychopathology*, 39, 159-164.
- Schore, A. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 57-77). New York: Oxford University Press.
- Schore, A. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22: 201-269.
- Shevlin, M., Hunt, N., & Robbins, I. (2000). A confirmatory analysis of the impact of event scale using a sample of World War II and Korean War veterans. *Psychological Assessment*, 12, 414-417.
- Shevlin, M., & McGuigan, K. (2003). The long-term psychological impact of Bloody Sunday on families of the victims as measured by the Revised Impact of Event Scale. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42, 427-432.
- Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M., Schmeidler, J., & Holander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with World Trade Center disaster. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1702-1705.

- Somer, E., Ruvio, A., Soref, E., & Sever (2005). Terrorism, distress and coping: High versus low impact regions and direct versus indirect civilian exposure. *Anxiety, Stress and Coping*, 18, 165-182.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Hillsdale.
- Stuewig, J. & McCloskey L. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10, 324-336.
- Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's impact of event scale evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65, 870-876.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. New York: Pearson Education Inc.
- Tangney J., Burggraf S. & Wagner P. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. Tangney & K. Fischer (Eds.). *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride* (pp. 343-367). New York: Guilford Press.
- Tangney J. & Dearing R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney J. & Fischer K. (Eds.) (1995). *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 154-160.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th annual conference of the ISTSS, San Antonio.
- Weathers, F. M., Litz, B. T., Huska, J. A., & Keane, T. M., (1994). The PTSD Checklist (PCL). (Manuscripto não publicado disponível através do *National Center for PTSD*).
- Wu, K. K., & Chan, K. S. (2003). The development of the Chinese version of the Impact of Event Scale-Revised (CIES-R). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 3, 94-98.

The Traumatic Impact of Shame Experiences: Study of the psychometric properties of the Portuguese version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

Early shame experiences have been perceived as possible traumatic experiences, functioning as traumatic memories with an impact on the vulnerability to psychopathology. The current study explores the psychometric properties of the portuguese version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) in a normal population sample of 811 subjects. Construct validity was analysed through Principal Components Analysis. Results support the one dimensional structure, underlying IES-R, explaining 55.4% of the variance. We found item-total correlations ranging from moderate to high ($>.56$) and a high internal consistency ($\alpha=.96$), suggesting an excellent reliability of the scale. Convergent and divergent validity was confirmed by the high correlations found with CES and by the moderate

correlations with DASS Depression, Anxiety and Stress. The portuguese version of the IES-R seems to be a reliable and valid measure of traumatic stress reactions, namely intrusion, avoidance and hyperarousal, in relation to shame experiences.

KEY-WORDS: IES-R; Impact of Event Scale-Revised; Psychometric properties; Traumatic stress response; Shame experiences

L'Impact Traumatique des Expériences de Honte: Étude de propriétés psychométriques de la version portugaise de l'Échelle de l'Impact de l'Événement – Révisée (IES-R)

Les expériences précoces de honte sont présentées comme de possibles expériences traumatiques pouvant constituer des mémoires traumatiques ayant des implications sur la vulnérabilité au développement de psychopathologie. Cette étude explore les propriétés psychométriques de la version portugaise de l'Échelle de l'Impact de l'Événement- Révisée (*Impact of Event Scale-Revised, IES-R*; Weiss & Marmar, 1997) sur un échantillon de 811 personnes appartenant à la population générale. La validation du concept a été explorée par une Analyse en Composantes Principales, dont les résultats soutiennent la structure d'une dimension sous-jacente à l'IES-R, expliquant 55.4% de la variance. L'existence de corrélations item-total modérées à élevées ($>.56$) et un alpha de Cronbach élevé ($\alpha = .96$) constituent des indicateurs d'une excellente cohésion interne. La validité convergente et divergente de l'échelle a été prouvée par l'existence de corrélations élevées avec l'Échelle de Centralité de l'Événement ainsi que l'existence de corrélations modérées avec les sous-échelles Dépression, Anxiété et Stress. L'IES-R a montré être un instrument fiable et valide pour évaluer les réactions de stress traumatique, caractérisées par des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance, en relation avec les expériences de honte.

MOTS-CLÉS: IES-R; Échelle de l'Impact de l'Événement-Révisée, Propriétés psychométriques; Stress traumatique; Expériences de honte.