

# OS PESADELOS E A SUA RELAÇÃO COM O TRAUMA, A PSICOPATOLOGIA E A PERSONALIDADE:

Um estudo epidemiológico e de  
adaptação do *Nightmare Distress  
Questionnaire* numa amostra da  
população portuguesa

Ana Rute Correia Neves Dos Santos Lopes

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) orientada pelo Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Junho de 2019



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA





## Agradecimentos

---

Ao Professor Dr. Rui Paixão, pela sabedoria pedagógica, que me inspirou a tomar o primeiro contacto com obras de Freud, como “A interpretação dos sonhos”, ajudando a traçar o caminho académico que percorri; e a quem agradeço a orientação, essencial para tornar este trabalho possível.

À Dr.<sup>a</sup> Conceição Almeida, que não posso deixar de mencionar, um obrigado pelo contributo na minha procura pelo caminho futuro e por fomentar o crescimento da minha capacidade de sonhar.

A todas as pessoas que, de forma voluntária, se disponibilizaram para participar neste estudo e a todos os que passaram a mensagem e ajudaram a divulgá-lo, sem os quais nada disto teria sido concretizável, devo-vos o meu agradecimento.

À minha família, em especial aos meus irmãos e aos meus pais, agradeço por tudo o que fazem por mim, ajudando-me a construir quem sou e a seguir os meus sonhos, todo o apoio, a confiança e a força. E ao meu avô, com quem nasceu o meu interesse pelos sonhos, por me ensinar a iluminar o meu próprio caminho e que podemos guardar as estrelas no nosso universo interno.

Aos Kágados, a família que Coimbra me deu, estou-vos grata por todos os momentos que compartilhámos na nossa bela Karapaça, comunidade, kasa-museu, onde cada partícula conta a história de quem teve a liberdade de sonhar.

À Adriana e à Ana Paula, expesso a minha gratidão pela amizade, a força, os conselhos e o incentivo para acreditar em mim e por se manterem presentes ainda que longe. E aos amigos do mestrado que me acompanharam neste caminho, com um agradecimento especial ao Diego e à Liliana, muito obrigado pelos momentos compartilhados e pela motivação e encorajamento mútuos.

Deixo ainda um agradecimento especial ao Jorge, pela paciência, motivação e o melhor sentido de humor, que sempre me ajuda a sorrir nos momentos difíceis, por acreditares em mim e sonhares junto comigo.

## Resumo

---

Todo o ser humano experiencia pesadelos. Este fenómeno tem vindo a ser associado a conflitos internos, regulação emocional, experiências traumáticas e preocupações das vivências diurnas. Porém, experienciar pesadelos não implica uma obrigatória causa de danos, sendo os seus efeitos adversos mediados pela reação emocional, atitudes e interpretações individuais.

O objetivo principal deste estudo foi investigar os fatores que prevalecem nos sujeitos que sofrem de pesadelos, com enfoque principal na psicopatologia, no trauma e nos limites do *self*, mas que também considera variáveis sociodemográficas, de consumos de substâncias, características dos pesadelos e do sono que se lhes associa. A amostra é composta por 302 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ( $M=29.30$ ;  $DP=11.29$ ), 182 dos quais do sexo feminino (60.3%) e 120 do sexo masculino (39.7%), com uma escolaridade entre os 4 e os 25 anos ( $M=14.08$ ;  $DP= 2.77$ ).

O trabalho aqui desenvolvido envolve dois estudos. O estudo I foca-se na tradução para português do *Nightmare Distress Questionnaire* (Belicki, 1992). A versão assim obtida evidencia boas propriedades psicométricas ( $\alpha=.92$ ). O estudo II demonstra a importância da variável angústia associada aos pesadelos, na ótica da perceção que os sujeitos têm desses fenómenos. Neste último estudo verifica-se, também, que as variáveis psicopatológicas (incluindo a medicação psiquiátrica), o trauma, as insónias, a má qualidade do sono, o sexo e a indiferenciação dos limites do *self* são preditores importantes dessa angústia associada aos pesadelos.

**PALAVRAS-CHAVE:** sonhos, pesadelos, angústia associada aos pesadelos, psicopatologia, trauma, indiferenciação dos limites do *self*

## Abstract

---

*Every human being experiences nightmares. This phenomenon has been associated with internal conflicts, emotional regulation, traumatic experiences and daytime concerns. However, experiencing nightmares doesn't imply a necessary cause of harm, since the adverse effects are mediated by individual's emotional reaction, attitudes and interpretations.*

*The principal aim of this study was to investigate the factors that predominate in nightmare sufferers, with a primary focus on psychopathology, trauma and thin boundaries, but also considering variables related to sociodemographic status, substance use, characteristics of nightmares and sleep. The sample consisted of 302 subjects, aged between 18 and 76 years old ( $M=29.30$ ;  $DP=11.29$ ), with 182 females (60.3%) and 120 males (39.7%), and with a scholarship rate between 4 and 25 years ( $M=14.08$ ;  $DP= 2.77$ ).*

*The work developed here involves two studies. Study I focus on the portuguese translation of the Nightmare Distress Questionnaire (Belicki, 1992). The obtained version shows great psychometric properties ( $\alpha=.92$ ). Study II demonstrates the importance of the variable nightmare distress, in the perspective of the perception that the subjects have of these phenomena. This last study also shows that psychopathology variables (including psychiatric medication), trauma, insomnia, bad sleep quality, sex and thin boundaries are important predictors of nightmare distress.*

**KEYWORDS:** *dreams, nightmares, nightmare distress, psychopathology, trauma, thin boundaries.*

# Índice

---

Agradecimentos .....	3
Resumo .....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Introdução.....	7
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
O sonhar.....	8
Os pesadelos .....	9
O trauma nos pesadelos .....	12
Pesadelos e psicopatologia.....	15
Pesadelos e limites do <i>self</i> .....	17
OBJETIVOS .....	19
METODOLOGIA .....	20
Participantes.....	20
Instrumentos.....	21
Procedimentos.....	23
RESULTADOS.....	25
Estudo I: Principais características psicométricas do NDQ.....	25
Estudo II: a experiência dos pesadelos e a sua relação com o trauma, a psicopatologia e a personalidade.....	26
Discussão de resultados.....	35
Conclusão.....	40
Bibliografia .....	42
ANEXOS.....	52
Anexo A. Declaração de consentimento informado .....	54
Anexo B. Inquérito sociodemográfico (IS) .....	55
Anexo C. Tradução do <i>Nightmare Distress Questionnaire</i> (NDQ, Belicki, 1992) – Questionário de angústia associada aos pesadelos .....	57
Anexo D. Tabela 1A – Caracterização da amostra quanto aos tipos de medicação e drogas consumidas .....	58

## Introdução

---

Os sonhos constituem uma parte significativa da experiência humana (Leonard & Dawson, 2018). Talvez por essa razão, houve, desde a antiguidade, interesse e curiosidade acerca do sonhar (Freud, 1900/2009), tendo a cultura, a arte e outras áreas de saber, como a filosofia, a psicanálise, a psicologia e as neurociências, debruçado sobre o assunto (Leonard & Dawson, 2018).

A psicanálise é o ramo de conhecimento acerca da psique humana que mais procurou compreender os significados atribuíveis aos sonhos e que tem vindo continuamente a conceder-lhes uma importância considerável na clínica (Fischmann, Russ, Schoett, & Leuzinger-Bohleber, 2017; Leuzinger-Bohleber, 2012). Freud (1900/2009), Bion (1962/1984) e Hartmann (1998/2001) são psicanalistas que procuraram teorizar uma compreensão dos sonhos e das suas funções.

Contudo, alguns autores referem uma recente mudança dos sonhos para a periferia da prática clínica, apontando como um dos motivos o contexto político e económico no qual a psicologia se desenvolveu, nomeadamente as tentativas da psicologia se diferenciar da psicanálise, identificando-se com o behaviorismo e as ciências naturais, que acentuam a crença nos sonhos como um fenómeno aleatório, sem significado e importância (Leonard & Dawson, 2018).

Porém, os pacientes continuam a trazer os seus sonhos para a terapia (Leonard & Dawson, 2018), muitas vezes os mais angustiantes – os pesadelos – sonhos assustadores que interrompem o sono ao excederem a capacidade de sonhar de quem os sonha e que diversos autores continuam a defender que estão intrinsecamente ligados ao seu sonhador, a quem ele é, às suas personalidade, perturbações psicológicas e mecanismos de defesa, às suas vivências presentes e aos traumas que o marcaram (Cartwright, Newell, & Mercer, 2001; Giesemann et al., 2019; Hartmann, 1998/2001; Ogden, 2005; Schneider, 2010).

Tendo isto em conta, associado à falta de confiança e competência de muitos psicólogos para trabalhar com esse material, o afastamento da relevância dada ao trabalho clínico com os sonhos pode ser potencialmente problemático (Leonard & Dawson, 2018). Deste modo, vários autores têm vindo a realçar a utilidade dos sonhos no contexto clínico, nomeadamente a importância de ajudar o paciente a poder continuar o processo de sonhar que ficou interrompido (Fischmann, Russ, & Leuzinger-Bohleber, 2013; Fischmann et al., 2017; Hartmann, 1998/2001; Leuzinger-Bohleber, 2012; Novellino, 2012; Ogden, 2005; Rêgo, 2014; Rudge, 2016; Varvin et al., 2012).

### O sonhar

O estudo dos sonhos pela psicanálise começou com o seu fundador, Freud (1900/2009), que considerava a interpretação dessas experiências a “via regia” para o inconsciente. Na sua obra “A Interpretação dos Sonhos”, afirma que o sonho é o guardião do sono, ao criar um espaço seguro para realizações disfarçadas de desejos inconscientes (Freud, 1900/2009).

Num outro nível, Solms (1995), no seu estudo clínico-anatómico, desenvolveu uma teoria neurocognitiva, na qual demonstra que os sonhos são produzidos por mecanismos complexos do prosencéfalo, independentemente do estado de sono REM, que percebe como indo de acordo com a teoria de Freud (1900/2009) do sonho enquanto provedor de uma função protetora do sono, que oferece uma porta de entrada para o inconsciente.

Apesar de ser Freud a abrir o caminho para o estudo dos sonhos, só mais tarde é que começaram a ser associados a uma função emocional (Schneider, 2010). Bion (1962/1984) foi um dos psicanalistas importantes para esse desenvolvimento, ao apresentar um modelo de como a mente processa as experiências emocionais, considerando o sonhar como o processamento inconsciente dessas experiências, que procura dar uma forma simbólica aos problemas emocionais, de modo a que estes possam ser pensados. Nesta teoria do pensar, as impressões sensoriais são transformadas, pelo que denominou de função-alfa, em elementos possíveis de serem usados para pensamentos de sonho, o que permite a simbolização e a aprendizagem com a experiência (Bion, 1962/1984).

Estes aspetos fazem do sonhar um fenómeno extremamente importante, uma vez que a simbolização é necessária para a comunicação não só com o mundo externo, como também com o interno, permitindo a criação de significado (Varvin et al., 2012). Sendo o sonho um processo de elaboração de uma experiência emocional, que precisa de ser resolvida através da conexão entre as representações das suas diferentes facetas, o sonhar é um processo contínuo, ocorrendo não só durante o sono, como também na vigília (Bion, 1962/1984; Ogden, 2005).

Mas, por vezes, a função-alfa falha, mantendo a experiência emocional na forma de elementos não transformados, que não podem ser usados na formação de pensamentos de sonho, ocorrendo uma espécie de indigestão mental, na qual o problema emocional se mantém como uma presença psicológica estática e perturbadora (Bion, 1962/1984; Ogden, 2005; Schneider, 2010). Bion (1962/1984) identifica as partes psicóticas da personalidade como as que são incapazes de verdadeiramente sonhar. Schneider (2010), tendo por base esta teoria do pensar, acrescenta que todos os sonhos terão também (tal como a personalidade) uma parte psicótica, relativa ao que a pessoa não tem capacidade de pensar, e uma não psicótica, que, pelo contrário, diz respeito ao que a pessoa é capaz de pensar.



Hartmann (1998/2001) teorizou acerca dos sonhos, focando-se na sua função de regulação emocional e na continuidade desse processo, da vigília ao sono. Neste caso, o sonhar permite o estabelecimento de conexões mentais guiadas pelas emoções dominantes ou preocupações emocionais do sonhador, que o perturbam e que não encontraram resolução na vigília (Hartmann, 1998/2001). Este processo, ao funcionar adequadamente, tem uma função quasi-terapêutica, ao tornar-se útil para a integração de traumas e novas experiências, ajudando a lidar com estes problemas e outros semelhantes que possam aparecer no futuro e promovendo uma estabilização do humor (Hartmann, 1998/2001).

O sonhar assegura, portanto, uma função vital e adaptativa para a mente, permitindo, através de um padrão individual, que depende da personalidade e mecanismos de defesa pessoais, a modificação e simbolização de conflitos emocionais e a sua integração (Cartwright, Newell, & Mercer, 2001; Hartmann, 1998/2001; Jović et al., 2018).

## Os pesadelos

Pesadelos são uma categoria de sonhos assustadores que são associados, desde a antiguidade, à sensação de algo monstruoso (Novellino, 2012). Reportam-nos para o conceito freudiano do “uncanny” (traduzido do alemão “das unheimliche”), que se refere ao medo e à repulsão que derivam do risco de acordar do fantasma de um desejo inaceitável para a mente consciente (Freud, 1919/1955; Novellino, 2012).

São, portanto, sonhos caracterizados por emoções negativas intensas e assustadoras, que frequentemente terminam com um sentimento de medo, que provoca o despertar, e que são facilmente recordados, depois do acordar, devido à excitação intensa que causam (Abdel-Khalek, 2010; American Psychiatric Association [APA], 2013/2014; Hartmann, 1998/2001; Pagel, 2000; Rêgo, 2014; Sandman, 2017). O seu conteúdo habitualmente envolve tentativas de evitar ou enfrentar um perigo iminente, mas também pode focar-se em temas que evoquem outras emoções disfóricas (APA, 2013/2014, Schredl, 2010).

Apesar da emoção mais predominante ser o medo, outras emoções, como raiva, vergonha, tristeza, frustração e confusão, também podem estar presentes (Gieselmann et al., 2019; Robert & Zadra, 2014; Sandman, 2017; Zadra, Pilon, & Donderi, 2006). Ao acordar, o estado emocional disfórico persiste e pode contribuir para a dificuldade em voltar a adormecer, o sofrimento subjetivo e o prejuízo do funcionamento diurno (Abdel-Khalek, 2010; APA, 2014; Langston, 2007). Alguns autores distinguem-nos dos sonhos maus, que não provocam o acordar, sendo que os pesadelos assumem uma expressão emocional mais intensa do mesmo fenómeno (Blagrove & Haywood 2006; Levin & Nielsen, 2007; Zadra, 2000; Zadra et al., 2006). Porém, a DSM-5 não considera o despertar obrigatório para o diagnóstico da perturbação de pesadelos (APA, 2013/2014).

A experiência de pesadelos é comum a todo o ser humano, independentemente da idade, sexo ou cultura. Contudo, diversas investigações têm encontrado fatores de risco associados à sua prevalência. Um dos fatores que parece influenciar fortemente a experiência destes sonhos é a idade, sendo um fenómeno mais prevalente na infância (Hartmann, 1998/2001; Levin & Nielsen, 2007; Ogden, 2005). Hartmann (1998/2001) e Langston (2007) afirmam inclusivamente que estes sonhos fazem parte do desenvolvimento natural das crianças, uma vez que a forma como estas vivem o mundo, onde os adultos se apresentam como mais poderosos, e procuram definir quem é seguro e quem é inseguro ou imprevisível, sugere-lhes uma sensação de vulnerabilidade. É, portanto, comum sonharem que estão a ser perseguidas ou atacadas por monstros ou animais estranhos (Hartmann, 1998/2001).

Porém, esta forte prevalência encontrada em diversos estudos poderá se dever a fatores como o facto de recorrerem a relatos indiretos (questionários feitos a pais ou a adultos acerca da sua infância) e de poderem ser confundidos com terrores noturnos, muito comuns na infância (Sandman, 2017). Estes últimos são fenómenos diferentes dos pesadelos, uma vez que não produzem lembranças da experiência, nem imagens com qualidade narrativa elaborada (APA 2013/2014; Ogden, 2005). Provocam um despertar parcial súbito dominado por ansiedade e medo intensos, e o indivíduo que os experiencia não reconhece quem está a tentar confortá-lo e apresenta dificuldade em se acalmar (APA 2013/2014; Ogden, 2005). Estas experiências fazem parte da categoria que Bion (1962/1984) denominou de sonhos que não são sonhos, uma vez que não podem ser ligados ao processo de sonhar, pensar e armazenar na memória (Ogden, 2005).

Na idade adulta, existem alguns resultados contraditórios em relação à associação entre a frequência de pesadelos e a idade (Sandman, 2017). Existem estudos que indicam uma diminuição da frequência com o aumento da idade (Nielsen, Stenstrom, & Levin, 2006; Pagel, 2000; Randler, Schredl, & Göritz, 2017; Schredl, & Göritz, 2017; Wood, Bootzin, Quan, & Klink, 1993). Contudo, num estudo de Sandman (2017) com uma amostra maior, de 69813 participantes, representativa da população finlandesa, observou-se que os pesadelos aumentavam com a idade, especialmente no sexo masculino.

O sexo também se tem demonstrado como um fator que parece influenciar significativamente a taxa de pesadelos, com vários estudos a indicar que, na idade adulta, as mulheres reportam uma maior frequência de pesadelos (Agargun et al., 2003; Bjorvatn, Grønli & Pallesen, 2010; Hublin, Kaprio, Partinen, & Koskenvuo, 1999, Levin, 1994; Sandman et al., 2015; Schlarb, Bihlmaier, Hautzinger, Gulewitsch, & Schwerdtle, 2015; Schredl, 2010). No entanto, alguns autores sugerem que estes resultados podem dever-se ao fator cultural de que as mulheres estão mais disponíveis para reportarem estas informações ou a uma propensão das mulheres para apresentarem uma maior sensibilidade em relação às suas experiências internas, havendo estudos onde não se encontraram estas diferenças (Chivers & Blagrove, 1999; Hartmann, 1998/2001; Levine, 1994).

Quanto a outros fatores demográficos, os estados civis de divorciado ou viúvo nos homens, o desemprego e a reforma, um baixo nível escolar e um baixo rendimento familiar estão todos

associados a um aumento na taxa de pesadelos (Sandman et al., 2015). Associa-se, ainda, à qualidade de vida e ao bem-estar físico e psicológico (Sandman et al., 2015; Sandman, 2017).

O estudo psicanalítico dos sonhos tem providenciado alguma compreensão dos pesadelos e da tensão emocional subjacente que provoca o acordar. Freud (1900/2009) teorizou que estes sonhos angustiantes derivavam da pressão exercida por desejos infantis reprimidos não censurados ou mal disfarçados e que entram no pré-consciente de forma tão perturbadora que acabam por acordar a pessoa. Deste modo, o pesadelo associa-se ao retorno do reprimido e o despertar protege o indivíduo de uma ameaça que coloca em perigo o seu *self* (Novellino, 2012).

Hartmann (1998/2001) analisa este fenómeno, considerando que contextualiza um estado emocional, proveniente das vivências diurnas, que é dominado por emoções mais angustiantes, servindo uma função de regulação emocional. No capítulo seguinte, explicaremos melhor esta teoria.

Autores na linha de Bion, como Ogden (2005) e Schneider (2010), caracterizam os pesadelos como uma forma incompleta de sonhar, onde o sonhador é apenas capaz de fazer trabalho psicológico inconsciente genuíno até ao ponto em que a sua capacidade de sonhar é excedida por material de natureza perturbadora, fazendo-o acordar num estado de medo. Assim, a interrupção do sonho é o meio mais eficaz de parar o extravasamento afetivo, quando não há capacidade para simbolizar e integrar os afetos ou estes se tornam demasiado intensos (Kramer, 1991; Varvin et al., 2012).

Gieselmann et al. (2019) consideram que a etiologia da perturbação de pesadelos é influenciada por: (a) um aumento hiperexcitatório acumulado durante o dia e mantido à noite e (b) um prejuízo na extinção do medo, relacionado com a regulação emocional de eventos stressantes e provocadores de emoções negativas. Apresentam como fatores facilitadores destes fenómenos: (a) experiências de trauma e adversidade na infância, que poderão perturbar o desenvolvimento normal da função de regulação emocional; (b) aumento de sensibilidade em indivíduos suscetíveis, devido a experiências traumáticas e adversidade na primeira infância; (c) fatores cognitivos mal adaptativos, associados à supressão deliberada de pensamento; e, finalmente, (d) fatores fisiológicos, como fragmentação severa do sono devido a apneia obstrutiva e central do sono, síndrome de resistência das vias aéreas superiores e síndromes complexas de hipoventilação relacionados com o sono (Gieselmann et al., 2019).

Todos estes autores referem a importância de um trabalho clínico que se debruce sobre os pesadelos do paciente, ao ajudá-lo a continuar a sonhar as partes do sonho não sonhadas, de forma a promover a resolução de conflitos inconscientes, o alcance de uma melhor integração da personalidade e a comunicação com o mundo interno (Freud, 1900/2009; Gieselmann et al., 2019; Hartmann, 1998/2001; Novellino, 2012; Ogden, 2005; Schneider, 2010; Varvin et al., 2012).

## O trauma nos pesadelos

Trauma e pesadelos é uma associação que tem vindo a ser feita, desde muito cedo, no estudo da compreensão dos sonhos. Ao rever a sua teoria dos sonhos, Freud (1933) refere sonhos que remetem para uma experiência traumática, falhando nas funções de realização de desejo e de preservação do sono, ao gerarem angústia. Hartmann (1998/2001), ao elaborar a sua teoria acerca da natureza e das funções de sonhar, conota os sonhos pós trauma como um paradigma, afirmando que os processos envolvidos, que surgem bem mais claramente discerníveis nestes casos, serão os mesmos que ocorrem em qualquer outro sonho.

Um trauma pode ser considerado uma experiência perturbadora, que ultrapassa e interrompe a capacidade de representação psíquica, afetando a vida mental do sujeito que o sofre e podendo produzir efeitos a longo prazo (Hartmann, 1998/2001; Levine, 2014). É, portanto, um conceito de caráter subjetivo, ainda que possa derivar de um evento externo, logo, um mesmo episódio pode ser muito traumático para uma pessoa e não para outra, dependendo das suas estruturas de personalidade e experiências passadas (Hartmann, 1998/2001; Levine, 2014). A experiencição de pesadelos após a ocorrência de um trauma é bastante comum, podendo inclusivamente evidenciar-se uma elevada prevalência de pesadelos na população com alta probabilidade de vivenciar experiências traumáticas (Davis, Byrd, Rhudy, & Wright, 2007; Hartmann, 1998/2001; Krakow et al., 2004; Leuzinger-Bohleber, 2012; Rêgo, 2014; Sandman, 2017).

Teoricamente, os pesadelos pós-traumáticos podem ser diferenciados dos outros pesadelos, denominados por alguns autores como idiopáticos, que têm uma natureza mais imaginativa e não refletem necessariamente um evento traumático (Gieselmann et al., 2019; Sandman, 2017). Porém, investigação acerca dos pesadelos idiopáticos sugere que este tipo de sonhos é influenciado por memórias do início da vida associadas a experiências de adversidade na infância (Nielsen, 2017). De qualquer modo, tem sido evidenciada a relação entre experiências traumáticas na infância e experiência de pesadelos na vida adulta, associada a grandes níveis de ansiedade (Agargun et al., 2003; Nielsen, 2017; Semiz, Basoglu, Ebrinc, and Cetin, 2008).

Os sonhos traumáticos, normalmente, não envolvem uma replicação da experiência perturbadora exatamente como ela ocorreu, mas sim as emoções experienciadas, que conduzem o sonhador a outro material na sua memória associado às mesmas (resíduos diurnos e experiências passadas), fazendo conexões com outras partes da sua vida (Hartmann, 1998/2001; Jović et al. 2018; Kramer, 1991). No entanto, há quem defenda a existência de pesadelos com conteúdo que replica com precisão o trauma original, estando estes associados a maiores quantidade de sofrimento e severidade de perturbação que pode causar (APA, 2013/2014; Davis et al., 2007; Sandman, 2017). As conexões feitas no sonho podem levar o trauma presente a reavivar situações traumáticas mais antigas que envolvam a mesma emoção (Hartmann, 1998/2001). Assim, a imagem sonhada contextualiza o estado emocional do sujeito, dominado por emoções de terror, medo e vulnerabilidade (Hartmann, 1998/2001) e pela angústia associada à perda do objeto bom interno (Varvin et al., 2012).

Estes pesadelos, na sua forma não patológica, são providos de uma função de simbolização para promover a adaptação emocional à experiência e a integração do evento na memória da pessoa e nas formas normais de comunicação e de resolução de problemas da sua mente, fazendo parte do processo natural de resolução do trauma (Agargun et al., 2003; Hartmann, 1998/2001; Jović et al., 2018; Varvin et al., 2012). Gradualmente, à medida que o trauma se vai resolvendo, vão sendo introduzidos, na atividade onírica, cada vez mais materiais habituais, caraterísticos dos padrões de sonho normais da pessoa (Hartmann, 1998/2001).

Hartmann (1998/2001) sugere, inclusive, uma sequência especulativa da progressão das emoções dominantes ao longo deste processo: nos primeiros sonhos, após o trauma, predominam o terror e o medo, aos quais se seguem os medos básicos de aniquilação, separação e perda, associados ao sentimento de vulnerabilidade; depois, surge a culpa de ter sobrevivido; várias outras emoções irão sendo, por vezes, também introduzidas, tais como o luto e a raiva, sozinhas ou misturadas com as emoções prévias habituais; e por fim, os sonhos evoluem ao ponto de não haver discernimento da emoção dominante, indicando a integração do evento traumático, que se tornou menos ameaçador, no sistema de memória do sonhador. Geralmente, no espaço de semanas ou meses, os sonhos voltam ao seu padrão habitual (Hartmann, 1998/2001).

Entramos no espectro da patologia, quando as funções de integração e simbolização falham e este processo suspende-se, de forma crónica, geralmente nas fases iniciais, deixando os sonhos incapazes de fazer e desenvolver conexões úteis e o trauma por resolver (Hartmann, 1998/2001; Jović et al., 2018; Rêgo, 2014; Varvin et al., 2012). Ao ser reprimida a atividade onírica, o que impede a memória traumática de ser integrada e simbolizada, formam-se áreas rígidas, deixando a experiência avassaladora desconectada do resto da autobiografia narrativa do sujeito, resultando em níveis elevados de angústia e sintomatologia (Hartmann, 1998/2001; Punamaki, Ali, Ismahil, Nuutinen, 2005; Varvin et al., 2012; Rêgo, 2014).

A “compulsão à repetição” entra em jogo, tornando os pesadelos repetitivos, numa tentativa de dominar psicologicamente a experiência aterrorizadora, retornando a ela repetidas vezes (Freud, 1900/2009). Este fenómeno surge para fazer face aos sentimentos de desumanização provocados pela falha na integração do trauma, como uma tentativa de encontrar símbolos e protossímbolos para forças opostas experienciadas, no sentido de ganhar a habilidade de distinguir o bom do mau e evitar a morte psíquica (Varvin et al., 2012).

Estes sonhos entram na categoria de Bion (1962/1984) de sonhos que não são sonhos, refletindo uma falha no trabalho psicológico inconsciente. São caracterizados pela passividade e desamparo do *self*, que falha em criar conexões para os seus afetos e não interage com outros objetos, nem se envolve mutuamente, perante um cenário repleto de elementos ameaçadores desmascarados e, por vezes, até de deterioração e destruição (Fischmann et al., 2017; Varvin et al., 2012). O sonhador não tem qualquer perspetiva de uma possível solução para integrar e gerir os afetos que dominam os seus pesadelos, repetindo-os sem qualquer transformação, no papel de observador da sua própria desintegração (Fischmann et al., 2017; Kramer, 1991; Varvin et al., 2012).

Diversos autores explicam este fenómeno como uma espécie de mecanismo de defesa perante o caos, que protege o sujeito traumatizado dos perigos inerentes à elaboração e integração, distanciando-o dos afetos associados a um sofrimento insuportável (Rosenblum, 2009; Varvin et al., 2012). Este evitamento espelha-se a todo o nível na sua vida, num evitamento de tudo o que lhe possa fazer lembrar o trauma, de relações emocionais que possam suscitar memórias dolorosas e das emoções em geral, tornando-se num evitamento da vida em si (Hartmann, 1998/2001; Rosenblum, 2009). Soffer-Dudek (2017) afirma que, ainda assim, quanto mais o indivíduo se esforça para evitar pensamentos acerca do trauma, maior é a probabilidade destes lhe aparecerem intrusivamente sob a forma de pesadelos e *flashbacks* dissociativos.

Estas tentativas falhadas de restaurar significado no mundo interno e nas relações com os outros e de recuperar a sensação de segurança e proteção surgem representadas na clínica sob a forma de perturbações psicológicas, como a depressão ou a clássica perturbação de stress pós-traumático (Hartmann, 1998/2001; Leuzinger-Bohleber, 2012; Sandman, 2017; Varvin et al., 2012). Esta última é, provavelmente, a condição clínica mais associada a problemas de sono, nomeadamente à experiência de pesadelos com altas taxas de frequência, severidade e interferência na saúde mental e física (Hartmann, 1998/2001; Krakow et al., 2004; Pagel, 2000; Rêgo, 2014; Sandman, 2017). Os critérios de diagnóstico para esta perturbação, apresentados na DSM-V, incluem, como um dos sintomas intrusivos associados ao evento traumático, “sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s)” (APA, 2013/2014, p. 324).

Nestes casos psicopatológicos, o trabalho clínico que aborda e analisa os sonhos dos pacientes tem-se demonstrado de extrema importância e utilidade, ao promover a restauração da função simbólica, no sentido de alcançar não só a cura dos sintomas físicos, como também a atribuição de significado e reconhecimento ao trauma, para o integrar psiquicamente na história de vida do sujeito (Fischmann et al., 2013; Hartmann, 1998/2001; Leuzinger-Bohleber, 2012; Rêgo, 2014; Rudge, 2016; Varvin et al., 2012). Diversos estudos têm vindo a ser feitos, com recurso a métodos neurobiológicos e de análise clínica de casos, com o objetivo de validar este trabalho, que verificam consistentemente a progressão dos sonhos de pacientes traumatizados, indicadora da restauração do processo de simbolização, que leva a transformações significativas do mundo interno (Fischmann et al., 2013; Fischmann et al., 2017; Leuzinger-Bohleber, 2012).

## Pesadelos e psicopatologia

A DSM-5 classifica a perturbação do pesadelo como uma perturbação do sono-vigília com os seguintes critérios:

- A. Ocorrência repetida de sonhos prolongados, extremamente disfóricos e que são bem recordados, envolvendo em regra esforços para evitar ameaças à sobrevivência, segurança ou à integridade física e que em geral ocorrem durante a segunda metade do período principal do sono.*
- B. Ao acordar dos sonhos disfóricos o indivíduo fica rapidamente orientado e alerta.*
- C. A perturbação do sono causa mal-estar clinicamente significativo ou disfunção social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento individual.*
- D. Os sintomas da perturbação de pesadelos não são atribuíveis a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, drogas de abuso, medicamentos).*
- E. Perturbações mentais ou médicas coexistentes não explicam de forma adequada a queixa principal de sonhos disfóricos (APA, 2013/2014, p. 484).*

Contudo, apesar dos pesadelos poderem surgir como um problema psicopatológico independente, por vezes, associam-se também a outras condições clínicas e mal-estar psicológico. Como temos vindo a discutir, a experiência de pesadelos provém de falhas nas funções de regulação emocional, integração e simbolização, sendo influenciada por conflitos internos, stress, adversidade e preocupações das vivências diurnas (Hartmann, 1998/2001; Kramer, 1991; Levin & Fireman, 2002; Michels et al., 2014; Nielsen, 2017; Rek, Sheaves, & Freeman, 2017; Varvin et al., 2012).

Parece, portanto, significativa a associação entre sofrer de pesadelos e sofrer de outras perturbações mentais, e vários estudos têm demonstrado esta relação, tanto em amostras psiquiátricas, de estudantes ou da população geral (Chellappa & Araújo, 2006; Hublin et al., 1999; Levin & Fireman, 2002; Levin & Nielsen 2007; Rêgo, 2014; Sandman, 2017; Schagen, Lancee, Swart, Spoormaker, & Bout, 2017; Sheaves et al., 2016; Soffer-Dudek, 2017).

Como já mencionado no capítulo anterior, é bastante comum estes sonhos surgirem como um sintoma da perturbação de stress pós-traumático (APA, 2013/2014; Hartmann, 1998/2001; Krakow et al., 2004; Pagel, 2000; Rêgo, 2014; Sandman, 2017; Schredl, 2016). Também é frequente a relação com a depressão e a ansiedade e alguns estudos indicam até relação com mania, perturbação da personalidade *borderline*, psicose e risco de suicídio, aparecendo associados a uma maior severidade da sintomatologia psiquiátrica (Chellappa & Araújo, 2006; Langston, 2007; Leuzinger-Bohleber, 2012; Nielson, 2017; Pagel, 2000; Schagen et al., 2017; Schredl, 2016; Semiz et al., 2008; Sheaves et al., 2016; Soffer-Dudek, 2017).

Na investigação, surgem ainda associados a variados fatores de perturbação do sono, como pior duração de sono, maior tempo de latência para adormecer, pior qualidade de sono, insónias, pesadelos mais intensos e um maior grau de afetação em relação aos mesmos (Böckermann, Gieselmann, & Pietrowsky, 2014; Levin, 1994; Rêgo, 2014; Rek et al., 2017; Sandman, 2017; Sandman et al., 2015; Schlarb et al., 2015).

Porém, experienciar pesadelos não implica obrigatoriamente causa de danos, sendo os seus efeitos adversos mediados pela forma individual com que cada um reage emocionalmente, as atitudes que apresenta e as interpretações que faz (Sandman, 2017). Como tal, diversos autores têm dado ênfase à distinção entre frequência, que corresponde apenas a um número absoluto de pesadelos, e a “angústia associada aos pesadelos” (“nightmare distress” em inglês), conceito de Belicki (1992) que se refere à perturbação psicológica causada pelos pesadelos, à sua intensidade e efeitos (Böckermann et al., 2014; Sandman, 2017).

Alguns estudos têm demonstrado uma correlação entre a frequência de pesadelos e a angústia associada aos pesadelos, onde frequências altas se associam a um agravamento da angústia (Böckermann et al., 2014; Schagen et al., 2017). Porém, Belicki (1992) evidencia que a frequência estará mais relacionada com a intensificação do processo de sonhar, enquanto a angústia associada aos pesadelos se relaciona com o funcionamento emocional da vigília.

Na verdade, as descobertas da investigação têm-se demonstrado contraditórias em relação à frequência de pesadelos estar ou não relacionada com a psicopatologia (Chivers & Blagrove, 1999; Sandman, 2017). Os estudos de Chivers e Blagrove (1999) e Antunes-Alves e Koninck (2012) apontam para uma correlação significativa entre essa variável e psicopatologia aguda e mal-estar. Alguns estudos que se debruçaram sobre fatores específicos da psicopatologia encontraram associações entre a frequência de pesadelos e ansiedade, depressão, risco de suicídio, dissociação, perturbação da personalidade *borderline*, propensão para a esquizofrenia ou começo de psicose (Dunn, & Barrett, 1988; Levin & Fireman, 2002; Michel et al. 2014; Sandman, 2017; Sandman et al., 2015; Schredl, 2016; Zadra, 2000). No entanto, outras investigações não encontraram algumas destas associações (Belicki, 1992; Wood & Bootzin, 1990).

Estas incoerências poderão dever-se a diversos fatores, como a metodologia usada, que por vezes não mede a angústia associada aos pesadelos e a mediação desta dimensão nos resultados, o tipo de amostra e os critérios usados para definir pesadelos e classificar os participantes segundo a frequência (Belicki, 1992; Miró & Martínez, 2005). Nos estudos onde se consideram estas diferenças, a angústia provocada pelos pesadelos aparece mais relacionada com a psicopatologia e a severidade clínica do que a frequência de pesadelos (Blagrove, Farmer, & Williams, 2004; Belicki, 1992; Kramer, 1991; Langston, 2007; Levin & Fireman, 2002; Miró & Martínez, 2005; Wood & Bootzin, 1990).

A investigação existente evidencia uma associação entre a angústia associada aos pesadelos com ansiedade, stress, depressão, dissociação, despersonalização, paranoia, alucinações, psicose e gravidade de delírios (Blagrove et al., 2004; Böckermann et al., 2014; Levin & Fireman, 2002; Secrist, Dalenberg, & Gevirtz, 2019). Apesar da explicação para a associação entre pesadelos e psicopatologia necessitar de mais investigação, as descobertas aqui mencionadas demonstram a relevância clínica destas experiências oníricas (Blagrove et al., 2004; Gieselmann, 2019; Schagen et al., 2017; Levin, Galin, & Zywiak, 1991).



## Pesadelos e limites do *self*

A personalidade tem sido considerada como um outro aspeto que interfere na vida onírica de cada um, nomeadamente na frequência de pesadelos experienciados e na associação destes com a psicopatologia (Blagrove et al., 2004). Um dos fatores da personalidade que mais se tem vindo a estudar neste contexto refere-se aos limites do *self*, construto original de Hartmann (1998/2001), que tem em conta a separação entre os espaços subjetivos vividos pelas pessoas, na relação consigo próprias e com o mundo que as envolve, indo ao encontro do conceito de eu-pele de Didier Anzieu (1994/1997).

Hartmann (1998/2001) define este construto como um contínuo que vai desde a diferenciação rígida à indiferenciação fusional dos limites, segundo o grau de separação *versus* fluidez ou fusão dos processos mentais. Apesar de se focar especialmente na caracterização extremada dos limites, afirma que a maioria das pessoas estarão entre estes dois extremos ou terão limites mais diferenciados nalguns aspetos e mais indiferenciados noutros (Hartmann, 1998/2001).

Assim, um sujeito com limites muito diferenciados caracteriza-se como uma pessoa de “pele-grossa”, bem organizada, que mantém tudo no seu lugar e prefere estruturas sociais hierárquicas bem definidas (Hartmann, 1998/2001). Tem um claro sentido de autonomia e de *self*, de identidade de género e de grupo, pensa a preto e branco, diferenciando claramente pensamentos e sentimentos, realidade e fantasia, e é capaz de se focalizar com facilidade num determinado aspeto ou tarefa, mantendo afastados todos os outros aspetos (Hartmann, 1998/2001). Nos casos menos saudáveis, poderá ser alguém rígido e com falta de empatia (Hartmann, 1998/2001).

No extremo oposto, encontram-se os sujeitos com limites muito indiferenciados, caracterizados como pessoas especialmente sensíveis e vulneráveis, abertas à experiência, mais envolvidas nos relacionamentos, mas também mais dependentes (Hartmann, 1998/2001). São menos defendidas, tem um sentido de *self* menos sólido, “pensam em tons de cinzento”, deixando entrar muita informação em simultâneo e podendo ter dificuldades em focar-se numa coisa de cada vez, mas também mais facilidade em conectar aspetos diferenciados (Hartmann, 1998/2001). Apresentam uma marcada tendência a experienciar pensamentos e sentimentos ao mesmo tempo, de forma fundida, e a sonhar acordados, com dificuldade em distinguir as suas fantasias vívidas da realidade (Hartmann, 1998/2001). A sensibilidade que apresentam pode ser positiva no sentido em que promove empatia, flexibilidade e criatividade (Hartmann, 1998/2001). Mas, por outro lado, a supersensibilidade associa-se a uma maior vulnerabilidade e os traumas, que poderão parecer menores para outras pessoas, causam-lhes grande impacto (Hartmann, 1998/2001).

Hartmann (1998/2001) sugere que o estabelecimento destes limites é mediado pelas experiências da infância. Crianças que crescem no meio do trauma e de situações stressantes e adversas que lhes suscitem recorrentemente sentimentos de vulnerabilidade e perturbem o desenvolvimento emocional, poderão se tornar adultos que mantêm a abertura e a vulnerabilidade da infância, não estabelecendo limites bem diferenciados (Hartmann, 1998/2001; Nielsen, 2017). Nestas situações, as emoções associadas a estes eventos da infância podem ser facilmente reativadas, por vezes sob

a forma de pesadelos, por experiências na vida adulta que de alguma forma relembrem os medos e as vulnerabilidades outrora sentidos (Hartmann, 1998/2001).

Os limites do *self* refletem-se, então, na atividade onírica (Hartmann, 1998/2001). A investigação tem demonstrado que a sua indiferenciação está relacionada com maiores taxas de frequência de pesadelos, angústia associada aos pesadelos, recordação, valorização, duração, vividez, intensidade emocional e interação entre personagens dos sonhos (Belicki, 1992; Hartmann, 1998/2001; Levin et al., 1991; Miró & Martínez, 2005; Schredl, 2003; Schredl, Schafer, Hofmann, & Jacob, 1999).

Outros estudos, que têm investigado a relação entre a experiência de pesadelos e outros fatores da personalidade, têm também apresentado resultados que poderão ser interpretados à luz do construto de Hartmann (1998/2001) aqui apresentado. A abertura à experiência, a alta reatividade emocional e a maior sensibilidade no processamento sensorial sobrepõem-se em certa medida ao conceito de limites indiferenciados, constituindo-se também como fatores de risco para a experiência de pesadelos (Carr & Nielsen, 2017; Hartmann, 1998/2001; Levin & Nielsen, 2009; Randler et al., 2017; Sandman, 2017; Schredl & Göriz, 2017).

Para além disso, a associação entre a frequência de pesadelos e a psicopatologia poderá também ser compreendida tendo em conta a diferenciação dos limites. Alguns estudos sugerem que as relações encontradas entre a experiência de pesadelos e sintomas de hipomania, bem como fenómenos relacionados com a esquizofrenia, poderão ser interpretadas no contexto dos limites indiferenciados (Claridge, Clark, & Davis, 1997; Kelly, 2016). Já o estabelecimento de pesadelos repetitivos crónicos em pacientes com perturbação de stress pós-traumático tende a associar-se ao desenvolvimento de limites diferenciados rígidos, ligados à resistência que demonstram na psicoterapia e ao evitamento das emoções (Hartmann, 1998/2001).

## OBJETIVOS

---

Tanto quanto é do nosso conhecimento, a questão dos pesadelos ainda não foi objeto de estudo na população portuguesa. Como tal, e uma vez que este é um fenómeno clinicamente relevante, propomo-nos realizar um primeiro estudo de natureza epidemiológica e clínica sobre os pesadelos numa amostra da população portuguesa.

Os objetivos do estudo incluem o conhecimento das características descritivas do fenómeno na população em estudo, considerando a sua prevalência, frequência e o sofrimento associado (intensidade, grau de afetação no dia seguinte, interferência na vida diurna e mental, frequência de despertares, sintomas experienciados ao despertar, angústia associada aos pesadelos) (estudo II). Pretende-se, ainda, estudar a implicação do fenómeno na qualidade do sono destes sujeitos (duração, dificuldade em adormecer, problemas de sono) e a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento líquido familiar) (estudo II). A importância de algumas variáveis clínicas associadas a estas experiências será também considerada, nomeadamente: consumos de substâncias (medicação, álcool e drogas), psicopatologia (incluindo experiências traumáticas) e os limites do *self* tal como conceptualizado por Hartmann (1998/2001) (estudo II).

Secundariamente, este estudo incluirá a tradução e análise psicométrica do questionário de Belicki (1992) (*Nightmare Distress Questionnaire*) (estudo I). Nesta análise, será considerada a consistência interna e o estudo das correlações com os fatores (intensidade, afetação, interferência no funcionamento diurno e na qualidade de sono, medo de dormir e psicopatologia) de acordo com o construto de angústia associada aos pesadelos, tal como conceptualizado por Belicki (1992).

# METODOLOGIA

---

## Participantes

Participaram neste estudo 303 sujeitos, da população geral, residentes em território nacional. Contudo, desta amostra, um dos sujeitos foi eliminado, por se ter verificado que não respondeu a todos os itens do *Nightmare Distress Questionnaire* (Belicki, 1992), o que reduziu a amostra final para 302 sujeitos.

A Tabela 1 apresenta a caracterização desta amostra, considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas. Os dados relativos ao tipo de medicação e drogas consumidas encontram-se na Tabela 1A (Anexo D).

**Tabela 1.**

**Caracterização da amostra**

Variáveis sociodemográficas (contínuas)		M	DP	Mínimo	Máximo
Idade		29.30	11.29	18	76
Anos de escolaridade		14.08	2.77	4	25
Variáveis Sociodemográficas (categoriais)				n	%
Sexo	Feminino			182	60.3
	Masculino			120	39.7
Estado civil	Solteiro			140	46.4
	Num relacionamento estável			77	25.5
	Casado(a)/União de facto			76	25.2
	Divorciado(a)			8	2.6
	Viúvo(a)			1	.3
Situação laboral	Estudante			83	27.5
	Trabalhador(a) Estudante			17	5.6
	Empregado(a)			178	58.9
	Desempregado(a)			14	4.6
	Formação Profissional			3	1.0
	Reformado(a)/Pensionista			6	2.0
Rendimento familiar líquido mensal	Até 500€			29	9.6
	Entre 501€ a 1000€			149	49.3
	Entre 1001€ a 1500€			65	21.5
	Entre 1501€ a 2000€			27	9.0
	Superior a 2000€			31	10.3

Frequência de consumo de álcool	Sem consumo	86	28.5
	Consumo mensalmente ou menos	81	26.8
	Consumo de 2 a 4 vezes por mês	73	24.2
	Consumo de 2 a 3 vezes por semana	46	15.2
	Consumo 4 ou mais vezes por semana	15	5.0
Frequência de consumo de drogas	Sem consumo	255	84.4
	Consumo mensalmente ou menos	15	5.0
	Consumo de 2 a 4 vezes por mês	8	2.6
	Consumo de 2 a 3 vezes por semana	8	2.6
	Consumo 4 ou mais vezes por semana	12	4.0
Seguimento psiquiátrico	Sem seguimento	220	72.8
	Com seguimento	82	27.2
Consumo de medicação psiquiátrica nos últimos 3 meses	Com medicação	30	9.9
	Sem medicação	272	90.1

## Instrumentos

### **Inquérito sociodemográfico (IS)**

Para este estudo foi desenvolvido um questionário para recolher informações sociodemográficas (idade, sexo, local de residência, escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento líquido mensal familiar), relativas ao sono e a outras variáveis clínicas (frequência de consumo de álcool e drogas, tipos de drogas consumidas, uso de medicação e de acompanhamento médico) (Anexo B). As questões relativas ao sono incluem itens sobre a existência de eventuais problemas de sono nos últimos 3 meses, incluindo situações já diagnosticadas e a qualidade do sono (medida com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde 0=Excelente e 5=Péssima). Em relação aos pesadelos, o inquérito inclui itens sobre a sua frequência no último mês, a frequência de despertares causados pelos mesmos (medida numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde 0=Nunca e 4=Sempre), a sua intensidade (medida com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde 0=Nenhuma e 5=Extrema), o grau de afetação no dia seguinte (medida com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde 0=Nada e 5=Extremamente) e as áreas com as quais mais interferem (onde é pedido aos sujeitos que assinalem todas as opções que se aplicam, nas quais se inclui humor, saúde mental, saúde física, relações com amigos e/ou familiares, atividades sociais recreativas ou de lazer, sucesso na atividade que desenvolve, nenhuma e uma opção de resposta aberta, onde é possível indicar outra área que as opções mencionadas não contemplem) (Anexo B).

### **Trauma Related Nightmare Survey (TRNS)**

Este instrumento pretende medir várias características relacionadas com o sono e pesadelos crónicos, associados a experiências de trauma, nomeadamente a frequência, severidade e duração dos pesadelos e cognições, emoções e comportamentos relacionados com os mesmos (Craston, Miller, Davis, & Rhudy, 2017). Neste estudo, a versão original desta escala foi traduzida para português. A escala é composta por 16 itens, que combinam vários tipos de resposta (escala tipo *Likert* de 5 pontos; resposta dicotómica; resposta aberta). Demonstrou uma boa fiabilidade teste-reteste ( $r=.73$ ) e uma validade convergente moderada a forte ( $rs=.44-.7$ ) (Craston, Miller, Davis, & Rhudy, 2017).

### **Nightmare Distress Questionnaire (NDQ)**

O NDQ é um questionário construído originalmente por Belicki (1992) e que mede a angústia associada à experiência de pesadelos. No presente estudo, esta escala foi, também, traduzida para português (Anexo C). É uma escala unifatorial constituída por 13 itens, tipo *Likert* de 5 pontos (em que, nos itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11 e 12, 0=Nunca e 4=Sempre; nos itens 5 e 8, 0=Nada e 4=Quase sempre; e no item 13, 0=Nada interessado(a), e 4=Extremamente interessado(a)) (Belicki, 1992). Demonstrou ter uma boa consistência interna ( $\alpha=.88, .87$  e  $.83$ ) (Belicki, 1992).

### **Boundary Questionnaire – Short (BQ-R)**

O BQ-R, de Rawlings (2002) é uma versão reduzida do *Boundary Questionnaire* de Hartmann (1998/2001), que mede os limites do *self*, permitindo classificá-los como mais ou menos indiferenciados. Neste estudo foi usada a versão portuguesa (QL-R, Paixão & Duarte, 2011). Consiste em 40 itens, numa escala tipo *Likert* (em que 0=Discordo muito e 4=Concordo muito), que se dividem em 4 fatores: preferência por organização e perfeccionismo, que se refere à ordem e à precisão em vários domínios; experiências pouco usuais, frequentemente relacionadas com sono, sonho ou fantasia; infantilidade, que se refere ao lado mais infantil da personalidade; opiniões sobre pessoas e ambientes, relativo à disciplina e rigidez nas relações entre pessoas; confiança, que inclui a tendência para ser mais ou menos defendido nas relações interpessoais e sensibilidade, que se refere à fragilidade dos sentimentos (Paixão & Duarte, 2011). O QL-R demonstrou ter boa validade de construto, preditiva e concorrente e uma consistência interna, com um *alpha de Cronbach* de  $.71$ , muito próxima da escala original ( $\alpha=.74$ ) (Paixão & Duarte, 2011).

### **Brief Symptom Inventory (BSI)**

O BSI foi usado para medir o mal-estar sintomático (Canavarro, 1999). É uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (entre 0=Nunca e 4=Muitíssimas vezes), constituída por 53 itens que avaliam 9 dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo) e 3 índices globais (índice geral de sintomas, total de sintomas positivos, índice de sintomas positivos) (Canavarro, 1999). Estudos psicométricos feitos a esta versão revelaram níveis adequados de consistência interna, que variam entre  $.70$  e  $.80$ , nas diversas dimensões e valores globais, à exceção das escalas

de ansiedade fóbica e psicoticismo que pontuam .62 neste parâmetro (Canavarro, 1999). Para além disso, apresentou bons índices de estabilidade temporal e validade discriminante, sendo que o ponto de corte para o índice de sintomas positivos é de 1.7, pelo que uma pontuação maior ou igual a esse valor diferencia pessoas perturbadas emocionalmente da população geral (Canavarro, 1999).

### **Traumatic Experiences Checklist (TEC)**

O TEC é uma escala construída originalmente por Nijenhuis, Van der Hart e Kruger (2002) que avalia diversas experiências traumáticas, nomeadamente, negligência e abuso emocional, ameaça corporal, assédio e abuso sexual, problemas familiares graves (e.g., alcoolismo, pobreza, problemas psiquiátricos), morte ou perda de membro da família, danos corporais e experiências de guerra. Permite também definir o contexto psicossocial em que o trauma ocorreu (família de origem, família afastada ou elementos externos à família) (Nijenhuis et al., 2002). Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa (Espírito-Santo et al., 2013).

Por razões de praticabilidade da aplicação excluíram-se as questões de resposta aberta, que incluíam a possibilidade de menção de outras situações traumáticas e de apoio recebido para cada trauma experienciado. Para cada um dos 29 itens que a constituem são questionados: (a) a presença ou ausência da situação traumática em questão, (b) a idade(s) ou período(s) de tempo em que ocorreu e (c) o impacto que o sujeito percebe que o trauma teve na sua vida (escala tipo *Likert* de 5 pontos, com nível de gravidade de 1=Nenhum a 5=Muitíssimo) (Espírito-Santo et al., 2013; Nijenhuis et al., 2002). A partir desta escala, é possível calcular-se o índice total de presenças de traumas (soma de todos os itens), o índice de pontuação composta da área de presença traumática total (soma das experiências pelas cinco áreas traumáticas) e os índices de pontuação composta de gravidade traumática (determinados através do impacto do trauma e da idade em que ocorreu). A consistência interna da escala total é boa ( $\alpha=.93$ ), variando entre .78 e .87 nos tipos de trauma determinados subjetivamente (Espírito-Santo et al., 2013).

## **Procedimentos**

Devido à escassez de instrumentos em português que avaliam os pesadelos, foi necessário a tradução dos questionários TRNS (Craston, Miller, Davis, & Rhudy, 2017) e NDQ (Belicki, 1992). Para tal, recorreu-se à metodologia de tradução-retroversão, feita por 3 tradutores e um pré-teste (Hill & Hill, 2002).

As versões traduzidas finais de ambos os instrumentos constituíram parte do protocolo, iniciado pelo consentimento informado. A ordem de aplicação dos instrumentos foi a que se segue: IS, TRNS (Craston, Miller, Davis, & Rhudy, 2017), NDQ (Belicki, 1992), QL-R (Paixão & Duarte, 2011), BSI (Canavarro, 1999) e TEC (Espírito-Santo et al., 2013).

No consentimento informado constavam informações relativas ao objetivo do estudo, o contacto eletrónico da investigadora, caso o(a) participante tivesse dúvidas ou questões a colocar, o cariz voluntário da participação, a possibilidade de desistir a qualquer momento e o anonimato das respostas (Anexo A).

A recolha dos dados foi feita de duas formas: *online* (através de um formulário na plataforma *Google Forms*) e presencial, com recurso ao método de bola de neve, entre os meses de outubro e novembro de 2017, tendo sido o único critério de inclusão ter mais de 18 anos. O tratamento dos dados estatísticos do presente estudo foi efetuado através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22 para *Windows*.

Quanto ao estudo I, são apresentados os resultados da consistência interna da tradução do NDQ e as correlações desta medida com variáveis que vão ao encontro da definição do construto de Belicki (1992). Nos resultados referentes ao estudo II, expõem-se as estatísticas descritivas (médias e percentagens) e de comparação de médias de frequência (pesadelos/mês) e angústia associada aos pesadelos (NDQ), nomeadamente: (a) teste *t* para amostras independentes (para grupos das variáveis dicotómicas); (b) ANOVA de uma via (para as variáveis com mais de 2 categorias); (c) teste de Welch (para os casos onde não se verificou o pré-requisito de homogeneidade das variâncias). Para estas duas últimas análises, quando significativas, realizaram-se os testes *post hoc* de Bonferroni e Games-Howell, respetivamente, para analisar em detalhe as diferenças entre os grupos. Note-se que para algumas das variáveis estudadas não se verificou uma distribuição normal. No entanto, dada a dimensão da amostra estes testes não se consideraram desadequados. Adicionalmente, para analisar as relações entre as variáveis em estudo, numa primeira etapa recorreu-se aos testes de correlação de Pearson, para correlações entre variáveis contínuas, e de Spearman, para os casos onde se pretendeu avaliar relações com variáveis categóricas. Posteriormente testaram-se as mesmas correlações, mas de forma parcial, controlando o efeito de terceiras variáveis. Numa fase final, foi testado um modelo de regressão múltipla (método *stepwise*) onde se procurou a capacidade preditiva de diversas variáveis em relação ao NDQ.



## RESULTADOS

---

### Estudo I: Principais características psicométricas do NDQ

A versão traduzida do NDQ utilizada neste estudo tem uma consistência interna muito boa, com um *alpha de Cronbah* de .92.

Na Tabela 2 estão apresentados os valores referentes às correlações entre o NDQ e as principais variáveis que vão ao encontro da definição do construto de Belicki (1992), tal como medidas na parte clínica do Inquérito Sociodemográfico (IS) (frequência de pesadelos/mês, frequência de despertares com pesadelos, grau de intensidade dos pesadelos, grau de afetação com os pesadelos no dia seguinte, nº de áreas da vida diurna nas quais os pesadelos interferem) e no TRNS (grau de sensação de temor sentido ao deitar, severidade dos pesadelos).

**Tabela 2.**

**Coefficientes das correlações entre o NDQ e os principais parâmetros dos pesadelos medidos através do IS e do TRNS**

Variáveis	NDQ		
	r	$\rho$	p
Frequência de pesadelos/mês (IS)	.57		<.001
Frequência de despertares com pesadelos (IS)		.54	<.001
Intensidade dos pesadelos (IS)		.59	<.001
Afetação com os pesadelos no dia seguinte (IS)		.68	<.001
Nº de áreas da vida diurna nas quais os pesadelos interferem (IS)	.70		<.001
Sensação de temor ao deitar (TRNS)		.41	<.001
Severidade dos pesadelos (TRNS)		.67	<.001

*Nota.* r = coeficiente de correlação R de Pearson.  $\rho$  = coeficiente de correlação Ró de Spearman. NDQ = angústia associada aos pesadelos

# Estudo II: a experiência dos pesadelos e a sua relação com o trauma, a psicopatologia e a personalidade

## 1. Análises descritivas

No geral, a média de horas de sono (tal como medido no TRNS) que os participantes reportam dormir por noite é de 7.00 horas (DP=1.16). Em relação ao tempo que usualmente demoram a adormecer (tal como medido no TRNS), 38.4% reportam demorar menos de 15 minutos, 51.7% indicam 15 minutos a 1 hora, 7.9% assinalam 1 hora a 2 horas e 2.0% afirmam demorar mais de 2 horas.

A grande maioria dos participantes (47.0%) classifica a sua qualidade de sono (tal como medido na parte clínica do IS) como boa ou excelente, enquanto 35.1% classifica-a como normal e 17.9% como má ou péssima. Enquanto 64.2% da amostra afirma não ter sofrido de problemas de sono (tal como medido na parte clínica do IS), os restantes 35.8% reportaram de 1 a 3 problemas de sono. Os problemas de sono (IS) mais reportados são as insónias (70.7%), seguindo-se de pesadelos (12.9%), sendo que os restantes 16.6% reportam diversos outros problemas, como apneia, acordar cansado, sono leve, dormir demasiado, entre outros. Dos participantes que reportam presença de problemas de sono (IS), apenas 15.7% afirmam ter diagnóstico médico de tais problemas. Destes, a grande maioria (73.7%; n=14) reporta insónias e um sujeito reporta pesadelos.

No que diz respeito aos parâmetros dos pesadelos, a pontuação obtida pela amostra no NDQ, (variação de 0 a 52), apresenta uma média de 12.00 (DP=9.37), sendo que o máximo de pontuação obtida é 44. Quanto à frequência de pesadelos/mês (IS), no geral, a média da amostra é de 3.09 (DP=5.22). Também foi investigado a frequência de pesadelos na última semana (tal como medida no TRNS), que apresenta uma média de .71 (DP=1.34).

Os resultados das restantes variáveis relativas aos pesadelos, medidas através do IS (presença de interferência dos pesadelos na vida diurna, áreas de interferência, grau de intensidade dos pesadelos, grau de afetação com os pesadelos no dia seguinte) e do TRNS (severidade dos pesadelos, sintomas experienciados ao acordar de um pesadelo, tempo para voltar a adormecer após acordar de um pesadelo, início de pesadelos após vivência de evento traumático, grau de repetição dos pesadelos) são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3.**

### **Caracterização dos parâmetros dos pesadelos da amostra medidos pelo do IS e TRNS**

	Variáveis	n	%
Presença de interferência dos pesadelos na vida diurna (IS)	Sem interferência	166	55.0
	Com interferência	136	45.0

Áreas de interferência (IS)	Humor	99	39.6
	Saúde mental	48	19.2
	Saúde física	17	6.8
	Relações com amigos e/ou familiares	29	11.6
	Atividades sociais, recreativas ou de lazer	25	10
	Sucesso na atividade desenvolvida	25	10
	Outras	7	2.8
	Intensidade dos pesadelos (IS)	Extremamente	11
Muito		74	24.5
Moderadamente		98	32.5
Ligeiramente		57	18.9
Nada		62	20.5
Afetação no dia seguinte aos pesadelos (IS)	Extremamente	9	3.0
	Muito	35	11.6
	Moderadamente	52	17.2
	Ligeiramente	90	29.8
	Nada	116	38.4
Severidade (sensação de pesadelos perturbadores, TRNS)	Extremamente	3	1.0
	Muito	32	10.6
	Moderadamente	73	24.2
	Ligeiramente	82	27.2
	Nada	109	36.1
Sintomas experienciados ao acordar de um pesadelo (TRNS)	Palpitações, batimentos cardíacos fortes, ou frequência cardíaca acelerada	154	30.1
	Sentir-se zozzo(a), instabilidade, tonturas, ou desmaiar	12	2.3
	Sensações de falta de ar	35	6.8
	Dor no peito ou desconforto	21	4.1
	Sensações de dormência ou formiguelo	14	2.7
	Desrealização	57	11.2
	Despersonalização	32	6.3
	Suores	62	12.1
	Tremores	14	2.7
	Sensações de sufoco	21	4.1
	Náusea ou aflição abdominal	7	1.4
	Medo de perder o controle	29	5.7
	Arrepios ou ondas de calor	30	5.9
	Medo de morrer	23	4.5

Tempo para voltar a adormecer após acordar de um pesadelo (TRNS)	Menos de 15 minutos	148	49.0
	De 15 minutos a 1 hora	94	31.1
	De 1 hora a 2 horas	23	7.6
	Mais de 2 horas	5	1.7
	Tipicamente não volta a dormir	16	5.3
Início de pesadelos após vivência de trauma (TRNS)	Presença de trauma desencadeador	62	20.5
	Sem trauma desencadeador	240	79.5
Repetição dos pesadelos (TRNS)	Extremamente	3	1.0
	Muito	21	7.0
	Moderadamente	44	14.6
	Ligeiramente	97	32.1
	Nada	129	42.7

## 2. Comparações entre grupos e relações entre variáveis

**2.1. A experiência de pesadelos.** Através do teste *t*, comparámos as pontuações no NDQ, considerando o grupo de sujeitos que assinalou áreas da vida diurna onde sentiam a interferência de pesadelos (IS) e o grupo de sujeitos que não assinalou qualquer área de interferência, e encontramos diferenças significativas [ $t(222,136)=-12.37$ ;  $p<.001$ ;  $d=1.65$ ]. O primeiro grupo apresenta uma média de NDQ ( $M=18.16$ ;  $DP=9.13$ ) significativamente mais alta do que o segundo grupo ( $M=6.95$  e  $DP=5.91$  para NDQ). Em relação à frequência de pesadelos/mês (IS), também através do teste *t*, encontramos diferenças significativas entre estes mesmos grupo [ $t(163,960)=-5.85$ ;  $p<.001$ ;  $d=.89$ ]. Assim, o grupo que assinalou áreas da vida diurna onde sentiam a interferência de pesadelos (IS) apresenta médias significativamente mais altas de frequência de pesadelos/mês (IS) ( $M=5.02$ ;  $DP=6.74$ ) do que o grupo de sujeitos que não assinalaram qualquer área de interferência ( $M=1.45$  e  $DP=2.45$ ).

No que diz respeito às correlações efetuadas, verifica-se uma correlação significativa positiva moderada entre o NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS) ( $r=.57$ ;  $p<.001$ ). As restantes correlações realizadas entre o NDQ ou a frequência de pesadelos/mês (IS) e as restantes variáveis relativas aos pesadelos, tal como medidas na parte clínica do IS (frequência de despertares com pesadelos, grau de intensidade dos pesadelos, grau de afetação com os pesadelos no dia seguinte, número de áreas da vida diurna nas quais os pesadelos interferem) e no TRNS (número de sintomas experienciados ao acordar com pesadelos, tempo que demora a adormecer após acordar de um pesadelo, severidade dos pesadelos), apresentam-se na Tabela 4.

Ao controlar a influência da frequência de pesadelos/mês (IS), através da correlação parcial, todas as correlações do NDQ com as restantes variáveis relativas aos pesadelos do IS e do TRNS permanecem significativas, ainda que os coeficientes tenham diminuído um pouco. Foram também feitas correlações parciais entre a frequência pesadelos/mês (IS) e as restantes variáveis relativas aos pesadelos do IS e do TRNS, controlando a influência do NDQ. Nestes casos, a correlação com a quantidade de áreas da vida diurna nas quais os sujeitos reportaram sentir interferência dos

pesadelos (IS) deixa de ser significativa e as correlações com todas as outras variáveis diminuíram, tendo-se tornado todas as correlações fracas.

**Tabela 4.**  
**Coefficientes das correlações entre os parâmetros dos pesadelos (NDQ e IS)**

Variáveis	NDQ			Frequência pesadelos/mês (IS)		
	r	$\rho$	p	r	$\rho$	p
Frequência de despertares com pesadelos (IS)		.54	<.001	.44	<.001	
Intensidade dos pesadelos (IS)		.59	<.001	.61	<.001	
Afetação com os pesadelos no dia seguinte (IS)		.68	<.001	.51	<.001	
Nº de áreas da vida diurna nas quais os pesadelos interferem (IS)	.70		<.001	.42		<.001
Nº de sintomas ao acordar com pesadelos (TRNS)	.67		<.001	.47		<.001
Tempo que demora a adormecer após acordar de um pesadelo (TRNS)		.55	<.001	.18		.003
Severidade dos pesadelos (TRNS)		.67	<.001	.58		<.001

*Nota.* r = coeficiente de correlação R de Pearson.  $\rho$  = coeficiente de correlação Ró de Spearman. NDQ = angústia associada aos pesadelos.

**2.2. Variáveis sociodemográficas.** A análise do teste *t* demonstra diferenças significativas no sexo (IS), no que concerne ao NDQ [ $t(290,788)=-8.405$ ;  $p<.001$ ;  $d=.99$ ] e à frequência pesadelos/mês (IS) [ $t(242,147)=-5.31$ ;  $p<.001$ ;  $d=.67$ ]. As mulheres apresentam pontuações mais altas no NDQ ( $M=15.18$ ;  $DP=9.25$ ) e uma maior frequência de pesadelos/mês (IS) ( $M=4.13$ ;  $DP=6.21$ ) do que os homens [ $M=1.44$  e  $DP=2.21$  para frequência de pesadelos/mês (IS);  $M=7.16$  e  $DP=7.27$  para NDQ].

Quanto ao estado civil (IS), uma vez que apenas um dos participantes reportou ser viúvo, excluímolo das análises feitas em relação a essa variável. A ANOVA de uma via encontrou diferenças significativas entre os grupos do estado civil (IS) sobre o NDQ [ $F(3,297)=7.07$ ;  $p<.001$ ]. O *post hoc* Bonferroni demonstra que, em média, o NDQ dos participantes que reportaram estar num relacionamento estável ( $M=15.51$ ;  $DP=8.56$ ) é maior do que os sujeitos que reportaram estar solteiros ( $M=11.76$ ;  $DP=10.00$ ) e casados ou em união de facto ( $M=8.83$ ;  $DP=7.72$ ). Para testar o efeito do estado civil (IS) na frequência pesadelos/mês (IS) utilizou-se o teste de Welch. Encontraram-se diferenças significativas [ $F(3,35.615)=17.90$ ;  $p<.001$ ], verificando-se através do *post hoc* Games-Howell que, em média, a frequência de pesadelos/mês (IS) dos sujeitos divorciados ( $M=.88$ ;  $DP=1,13$ ) e dos casados ou em união de facto ( $M=.86$ ;  $DP=1.06$ ) é mais baixa do que a dos solteiros ( $M=3.10$ ;  $DP=5.01$ ) e dos que reportaram estar num relacionamento estável ( $M=5.48$ ;  $DP=6.96$ ). A diferença das médias destes últimos grupos também se demonstrou significativa.

No que diz respeito à situação laboral (IS), a ANOVA efetuada demonstra a existência significativa do efeito desta variável sobre o NDQ [ $F(5,295)=6.73$ ;  $p<.001$ ]. Com o *post hoc* Bonferroni, verifica-se que, em média, o NDQ é significativamente mais baixo nos sujeitos reformados ( $M=2.17$ ;  $DP=3.06$ ) do que nos estudantes ( $M=15.99$ ;  $DP=9.20$ ) e nos desempregados ( $M=16.14$ ;  $DP=10.33$ ), e também nos empregados ( $M=10.25$ ;  $DP=8.70$ ), em relação aos estudantes. Para a

análise do efeito da situação laboral (IS) sobre a frequência pesadelos/mês (IS), realizou-se um teste de Welch, que se demonstrou significativo [ $F(5,17.06)=11.60$ ;  $p<.001$ ]. O *post hoc* Games-Howell demonstra que em média a frequência de pesadelos/mês (IS) dos participantes reformados ( $M=.17$ ;  $DP=.41$ ) é significativamente mais baixa do que a dos estudantes ( $M=4.42$ ;  $DP=6.62$ ), trabalhadores estudantes ( $M=3.75$ ;  $DP=4.36$ ) e empregados ( $M=2.23$ ;  $DP=4.03$ ). No entanto, é de notar que o grupo dos sujeitos reformados é constituído apenas por 6 sujeitos, o que poderá enviesar as diferenças aqui encontradas.

Foram ainda realizados testes de correlação com o NDQ e a frequência de pesadelos/mês (IS) em relação a outras variáveis sociodemográficas. O rendimento líquido mensal familiar (IS) e os anos de escolaridade (IS) não evidenciam estar correlacionados significativamente com o NDQ ou com a frequência de pesadelos/mês (IS). Quanto à idade (IS), verificou-se inicialmente uma correlação significativa negativa e fraca desta variável em relação não só ao NDQ ( $r=-.18$ ;  $p<.001$ ), bem como à frequência de pesadelos/mês (IS) ( $r=-.26$ ;  $p<.001$ ). Numa segunda análise de correlação parcial, onde se controlou a influência do NDQ, a relação entre a frequência pesadelos/mês (IS) e a idade (IS) mantem-se significativa, ainda que o valor do coeficiente tenha diminuído um pouco. Porém, ao controlar-se a influência da frequência de pesadelos/mês (IS), a correlação entre o NDQ e a idade (IS) deixa de ser significativa.

**2.3. Consumos de álcool e drogas.** A canábis e o *ecstasy* foram as drogas de consumo mais reportadas no IS, com um número considerável para a realização de testes *t* que permitiam procurar diferenças na média de NDQ e de frequência de pesadelos/mês (IS) entre os sujeitos que consomem cada um deste tipo de drogas e os restantes. No entanto, não se encontra qualquer diferença significativa.

Para testar a relação do NDQ e da frequência de pesadelos/mês (IS) com a frequência de consumos de álcool e drogas (tal como medidas na IS), foram realizados testes de correlação de Spearman. Nas análises de relações, no que diz respeito à frequência de consumo de drogas (IS), encontram-se correlações significativas positivas, ainda que fracas, desta variável tanto com o NDQ ( $\rho=.12$ ;  $p=.034$ ) quanto com a frequência pesadelos/mês (IS) ( $\rho=.17$ ;  $p=.005$ ). Posteriormente, ao fazer correlações parciais, controlando a influência da frequência de pesadelos/mês (IS), a relação entre o NDQ e a frequência de consumo de drogas (IS) deixa de ser significativa.

Não se encontrou qualquer correlação significativa entre a frequência de consumo de álcool (IS) e o NDQ ou a frequência de pesadelos/mês (IS). Também não foi encontrado qualquer tipo de correlação entre a quantidade de drogas consumidas (IS) e os fatores relativos aos pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS)].

**2.4. Sono.** Através do teste *t*, comparámos as pontuações no NDQ, considerando o grupo de sujeitos que reportou ter problemas de sono (IS) e o grupo de sujeitos que não reportou qualquer problema de sono, e encontrámos diferenças significativas [ $t(168,141)=-9.74$ ;  $p<.001$ ;  $d=1.32$ ]. Em média, o primeiro grupo de sujeitos apresenta um maior NDQ ( $M=18.58$ ;  $DP=9.67$ ) do que o segundo grupo ( $M=8.33$ ;  $DP=6.87$ ). Em relação à frequência de pesadelos/mês (IS), através do teste *t*, encontrámos também diferenças significativas entre estes mesmos grupos [ $t(119,705)=-5.70$ ;  $p<.001$ ;  $d=.78$ ].

Em média, o grupo de participantes que reportou problemas de sono (IS) apresenta uma maior frequência de pesadelos/mês (IS) (M=5.75; DP=7.29) do que o grupo que não reportou qualquer problema de sono (M=1.59; e DP=2.55).

Em relação à experiência de insónias (o problema de sono mais reportado no IS), realizaram-se também testes *t* que evidenciam diferenças significativas entre os sujeitos que reportaram sofrer de insónias nos últimos 3 meses (IS) e os restantes, em relação ao NDQ [t(96.85)=-5.23; p<.001; d=1.24] e à frequência de pesadelos/mês [t(105.170)=-4,84; p<.001; d=.59]. O grupo dos sujeitos que afirmaram sofrer de insónias (IS) apresenta, em média, maior NDQ (M=19.38; DP=9.49) e maior frequência de pesadelos/mês (IS) (M=5.84; DP=6.58) do que o grupo de sujeitos sem insónias reportadas [M=9.24 e DP=7.70 para o NDQ; M=2.04 e DP=4.15 para frequência de pesadelos/mês (IS)].

Efetuarão-se ainda testes de correlação. O teste de Pearson, usado para testar a correlação entre as horas de sono/noite (TRNS) e os parâmetros de pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS)], não encontrou qualquer correlação significativa. No entanto, os testes de correlação de Spearman demonstram relações com outras variáveis relacionadas com o sono (medidas pelo IS e TRNS) com tais parâmetros (Tabela 5).

**Tabela 5.**

**Coefficientes das correlações entre os parâmetros de pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS)] e variáveis relacionadas com o sono (IS e TRNS)**

Variáveis	NDQ		Frequência pesadelos/mês (IS)	
	$\rho$	p	$\rho$	p
Diminuição da qualidade de sono (IS)	.52	<.001	.31	<.001
Tempo de latência para adormecer (TRNS)	.36	<.001	.25	<.001
Sensação de temor sentido ao deitar (TRNS)	.41	<.001	.29	<.001
Sensação de estar deprimido ao acordar (TRNS)	.46	<.001	.43	<.001
Sensação de repouso ao acordar (TRNS)	-.39	<.001	-.29	<.001

*Nota.*  $\rho$  = coeficiente de correlação de Ró de Spearman. NDQ = angústia associada aos pesadelos

Ao controlar a influência da frequência de pesadelos/mês (IS), através da correlação parcial, todas as correlações do NDQ com as restantes variáveis relacionadas com o sono, já mencionadas (IS e TRNS), permanecem significativas, ainda que os coeficientes tenham diminuído um pouco. No entanto, nas correlações parciais, em que se controlou a influência do NDQ, as correlações da frequência de pesadelos/mês (IS) com a diminuição da qualidade de sono (IS), a presença de problemas de sono e de insónias (IS), o tempo de latência para adormecer (TRNS), o grau de temor ao deitar (TRNS) e o grau de repouso ao acordar (TRNS) deixam de ser significativas. Mantem-se apenas significativa a correlação da frequência de pesadelos/mês (IS) com o grau de sensação de estar deprimido ao acordar (TRNS), embora com um coeficiente mais baixo.

**2.5. Psicopatologia.** Os participantes que reportaram estarem a ser acompanhados a nível psiquiátrico apresentam, em média, diferenças significativas dos restantes participantes em relação, não só, ao NDQ [t(300)=-5.64; p<.001; d=1.33], como também à frequência de pesadelos/mês (IS)

[ $t(18,38)=-3.32$ ;  $p=.004$ ;  $d=1.05$ ]. O primeiro grupo de sujeitos apresenta, assim, uma maior média de NDQ ( $M=23.16$ ;  $DP=10.58$ ) e de frequência de pesadelos/mês (IS) ( $M=10.74$ ;  $DP=10.67$ ) do que os sujeitos que não reportaram qualquer seguimento psiquiátrico [ $M=11.25$  e  $DP=8.80$  para o NDQ;  $M=2.56$  e  $DP=4.16$  para frequência de pesadelos/mês (IS)].

Quanto à toma de medicação psiquiátrica nos últimos 3 meses, verifica-se também, através do teste  $t$ , em média, diferenças significativas em relação a ambos os parâmetros relativos aos pesadelos [para o NDQ:  $t(300)=-7.17$ ,  $p<.001$  e  $d=1.41$ ; para a frequência de pesadelos/mês (IS):  $t(30,304)=-2.88$ ,  $p=.007$  e  $d=.72$ ]. Neste sentido, observam-se maiores médias de NDQ ( $M=22.77$ ;  $DP=9.60$ ) e de frequência de pesadelos/mês (IS) ( $M=7.63$ ;  $DP=9.51$ ) nos participantes que afirmaram tomar medicação psiquiátrica do que nos restantes [ $M=10.81$  e  $DP=8.56$  para NDQ;  $M=2.57$  e  $DP=4.21$  para frequência de pesadelos/mês (IS)]. Através da correlação de Pearson, confirma-se, ainda, que a quantidade de medicação psiquiátrica consumida nos últimos 3 meses (IS) correlaciona-se de forma positiva e fraca com o NDQ ( $r=.31$ ;  $p<.001$ ) e com a frequência pesadelos/mês (IS) ( $r=.25$ ;  $p<.001$ ).

Quanto aos fatores medidos pelo BSI, verifica-se através da correlação de Pearson que todas as 9 dimensões de sintomatologia e os 3 índices de cotação estão correlacionados significativamente tanto com o NDQ como com a frequência de pesadelos/mês (IS) (Tabela 6). Nestes casos, as correlações, referentes ao NDQ demonstram-se moderadas, acima das correlações com a frequência de pesadelos/mês (IS).

**Tabela 6.**

**Coefficientes das correlações entre os parâmetros de pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos mês (IS)] e fatores do BSI**

Variáveis	NDQ		Frequência pesadelos/mês (IS)	
	r	p	r	p
Somatização (BSI)	.52	<.001	.32	<.001
Obsessões-compulsões (BSI)	.56	<.001	.34	<.001
Sensibilidade interpessoal (BSI)	.55	<.001	.34	<.001
Depressão (BSI)	.57	<.001	.37	<.001
Ansiedade (BSI)	.62	<.001	.39	<.001
Hostilidade (BSI)	.48	<.001	.29	<.001
Ansiedade fóbica (BSI)	.52	<.001	.33	<.001
Ideação paranoide (BSI)	.50	<.001	.31	<.001
Psicoticismo (BSI)	.53	<.001	.34	<.001
IGS (BSI)	.62	<.001	.39	<.001
TSP (BSI)	.52	<.001	.29	<.001
ISP (BSI)	.60	<.001	.40	<.001

*Nota.* r = coeficiente de correlação R de Pearson. NDQ = angústia associada aos pesadelos. IGS = Índice geral de sintomas. TSP = Total de sintomas positivos. ISP = Índice de sintomas positivos.

Efetuaram-se, ainda, testes de correlação parcial. Ao controlar a influência da frequência de pesadelos/mês (IS), todas as correlações do NDQ com a polifarmacoterapia psiquiátrica (IS) e com os fatores do BSI mantêm-se significativas, embora os coeficientes diminuam um pouco. Contudo,



apesar de apenas as correlações do NDQ com a ansiedade (BSI) e com o IGS (BSI) se manterem moderadas, os restantes coeficientes não se afastam muito de uma correlação moderada. Pelo contrário, ao controlar a influência do NDQ, todas as correlações entre a frequência de pesadelos/mês (IS) com os fatores do BSI e com a polifarmacoterapia psiquiátrica (IS) deixam de ser significativas.

**2.6. Variáveis de trauma.** Através do teste *t*, comparámos as pontuações no NDQ, considerando o grupo de sujeitos que afirmou que os seus pesadelos começaram depois de um evento traumático (TRNS) e o grupo de sujeitos que não reportou este início de pesadelos, e encontramos diferenças significativas [ $t(80,852)=-6.96$ ;  $p<.001$ ;  $d=1.16$ ]. Em média, o primeiro grupo de sujeitos apresenta um maior NDQ ( $M=19.77$ ;  $DP=10.30$ ) do que segundo grupo ( $M=9.99$ ;  $DP=7.98$ ). Resultados semelhantes foram encontrados ao comparar as médias da frequência de pesadelos/mês (IS) entre o grupo de participantes que afirmou que os seus pesadelos começaram depois de um evento traumático (TRNS) e o grupo de sujeitos que não reportou este início de pesadelos, onde também se verificaram diferenças significativas [ $t(75,038)=-4.07$ ;  $p<.001$ ;  $d=.59$ ]. Neste sentido, os primeiros apresentam maior frequência de pesadelos/mês (IS) ( $M=5.95$ ;  $DP=6.44$ ) do que os segundos ( $M=2.35$ ;  $DP=4.59$ ).

Para perceber se existiria correlação do grau de repetição dos pesadelos com os parâmetros relativos aos pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS)], efetuaram-se correlações de Spearman, que demonstram uma correlação positiva moderada com o NDQ ( $\rho=.50$ ;  $p<.001$ ) e positiva, mas mais fraca, com a frequência de pesadelos/mês (IS) ( $\rho=.40$ ;  $p<.001$ ).

Foram realizadas diversas correlações de Pearson entre os parâmetros relativos aos pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS)] e as pontuações obtidas no TEC, incluindo pontuações compostas que ponderam a presença de trauma(s) com a idade, impacto subjetivo e, no caso de traumas exercidos por um outro, relação com o perpetrador (Tabela 7).

**Tabela 7.**  
**Coefficientes das correlações entre os parâmetros de pesadelos [NDQ e frequência de pesadelos/mês (IS)] e fatores do TEC**

Variáveis (TEC)	NDQ		Frequência Pesadelos/mês (IS)	
	r	p	r	p
Índice total de presenças de traumas	.45	<.001	.32	<.001
Índice de pontuação composta de gravidade traumática	.44	<.001	.35	<.001
Índice de pontuação composta para traumas emocionais	.40	<.001	.33	<.001
Índice de pontuação composta para traumas de ameaça corporal	.33	<.001	.24	<.001
Índice de pontuação composta para traumas de abuso físico	.25	<.001	.19	.001
Índice de pontuação composta para traumas sexuais	.26	<.001	.24	<.001
Índice de pontuação composta dos 0 aos 6 anos	.26	<.001	.22	<.001
Índice de pontuação composta dos 7 aos 12 anos	.41	<.001	.30	<.001
Índice de pontuação composta dos 13 aos 18 anos	.45	<.001	.39	<.001

*Nota.* r = coeficiente de correlação R de Pearson. NDQ = angústia associada aos pesadelos

Efetuarão-se, ainda, testes de correlação parcial. Ao controlar a influência da frequência de pesadelos/mês (IS), todas as correlações entre o NDQ e as diferentes cotações do TEC mantêm-se significativas, ainda que os coeficientes tenham diminuído de valores. Porém, ao controlar a influência do NDQ, apenas se mantêm significativas as correlações da frequência pesadelos/mês (IS) com os índices de pontuação composta para o total de gravidade de traumas e traumas emocionais (TRNS), apresentando uma maior diminuição dos coeficientes.

**2.7. Limites do *self*.** Numa primeira análise, o teste *t* mostra que, em média, os sujeitos que reportaram o início de pesadelos após um evento traumático (TRNS) apresentam uma maior indiferenciação de limites do *self* (QL-R) (M=132.84; DP=13.39) do que os restantes (M=127.46; DP=12.97), estatisticamente significativa [t(300)=-2.89; p=.004; d=.40].

Efetuuou-se, também, um teste *t* que demonstra a existência de diferenças significativas na pontuação obtida no QL-R entre os participantes que reportaram sentir que os seus pesadelos interferiam em áreas da sua vida diurna (IS) e restantes sujeitos [t(300)=-4.25; p<.001; d=.58]. Neste sentido, o primeiro grupo apresenta, em média, valores de QL-R (M=132.04; DP=11.82) mais elevados do que o segundo grupo (M=125,73; DP=13,64).

Posteriormente realizaram-se testes de correlação de Pearson entre as pontuações obtidas pelos sujeitos no QL-R (quanto maior a pontuação, maior a indiferenciação dos limites) e diversos parâmetros relacionados com os pesadelos (medidos pelo NDQ, IS e TRNS). Todas as correlações testadas demonstram-se significativas positivas, ainda que fracas (Tabela 8).

**Tabela 8.**

**Coefficientes das correlações entre pontuações do QL-R e parâmetros dos pesadelos medidos pelos NDQ, IS e TRNS**

Variáveis	QL-R	
	r	p
NDQ	.33	<.001
Frequência de pesadelos/mês (IS)	.12	.04
Afetação no dia seguinte aos pesadelos (IS)	.33	<.001
Nº de áreas da vida diurna nas quais os pesadelos interferem (IS)	.25	<.001
Intensidade de pesadelos (IS)	.19	<.001
Nº de sintomas ao acordar com pesadelos (IS)	.17	.003
Severidade dos pesadelos (TRNS)	.22	<.001
Repetição de pesadelos (TRNS)	.21	<.001

*Nota.* r = coeficiente de correlação de R de Pearson. QL-R = indiferenciação de limites do *self*. NDQ = angústia associada aos pesadelos

Ao controlar os efeitos do NDQ, a correlação entre a frequência de pesadelos/mês (IS) e o QL-R deixa de ser significativa. Porém, a correlação entre o NDQ e o QL-R mantêm-se significativa, controlando-se os efeitos da frequência de pesadelos/mês (IS).

### 3. Predição da angústia associada aos pesadelos

Foi utilizada a regressão linear múltipla para testar o quanto diversas variáveis aqui em estudo predizem o NDQ. Chegou-se a um modelo significativo [ $F(7,284)=63,06$ ;  $p<.001$ ;  $r^2=.61$ ] com os seguintes preditores e respectivas percentagens explicativas da variância do NDQ: (a) o IGS (BSI) (38.2%), (b) frequentes despertares com os pesadelos (IS) (11.6%), (c) índice de pontuação composta de gravidade traumática (TEC) (3.8%), (d) a presença de insónias (IS) (2.6%), (e) má qualidade de sono (IS) (1.8%), (f) sexo (IS) (1.8%), (g) o QL-R (1.0%) e (g) medicação psiquiátrica (IS) (0.7%) (Tabela 9).

**Tabela 9.**  
**Coefficientes das variáveis predictoras do NDQ**

Variáveis predictoras	$\beta$	t	p
IGS (BSI)	.29	6.25	<.001
Frequentes despertares com os pesadelos (IS)	.27	6.68	<.001
Índice de pontuação composta de gravidade traumática (TEC)	.13	3.06	.002
Presença de insónias nos últimos 3 meses (IS)	.14	3.34	.001
Má qualidade de sono (IS)	.13	3.18	.002
Sexo (IS)	.12	2.94	.004
QL-R	.11	2.70	.005
Medicação psiquiátrica (IS)	.09	2.12	.028

*Nota.* IGS = Índice geral de sintomas (BSI). QL-R = indiferenciação de limites

## Discussão de resultados

As análises estatísticas aqui efetuadas focaram-se, sobretudo, em dois parâmetros dos pesadelos: a frequência pesadelos/mês (IS) e o NDQ. Este último, pela falta de medidas validadas para a população portuguesa, foi acedido através de uma versão traduzida da escala original de Belicki (1992), que demonstra uma boa consistência interna ( $\alpha=.92$ ). Este valor é até ligeiramente mais elevado do que os encontrados por Belicki (1992) em três amostras consecutivas ( $\alpha=.88$ ,  $.87$  e  $.83$ ). Apesar do NDQ estar mais associado à maioria das variáveis aqui estudadas, encontrou-se uma correlação moderada entre este parâmetro e a frequência de pesadelos/mês (IS) (Tabela 2). Este resultado é um pouco diferente dos obtidos nos estudos aqui revistos e que apresentam correlações mais fracas entre estes dois parâmetros dos pesadelos, suportando a sua distinção como medidas diferenciadas (Belicki, 1992; Levin & Fireman, 2002; Miró & Martínez, 2005). Na verdade, o coeficiente de correlação que obtemos aproxima-se bastante do coeficiente obtido por Schagen et al. (2017) numa investigação com uma amostra psiquiátrica ( $r=.52$ ).

Porém, estudos em que acederam à frequência de pesadelos não só através de relatos retrospectivos, como também com recurso a registos diários, verificaram que as frequências retrospectivas estavam mais correlacionadas com o NDQ e que apresentavam valores mais baixos que as frequências provenientes dos registos diários (Blagrove et al., 2004; Wood & Bootzin, 1990). Wood e Bootzin (1990) apresentam um coeficiente de correlação entre o NDQ e a frequência de pesadelos/mês retrospectiva muito aproximado do encontrado aqui ( $r=.60$ ). Assim, a correlação encontrada por nós, entre estes dois parâmetros relativos aos pesadelos, pode estar relacionada com a forma como a frequência de pesadelos/mês (IS) foi medida. Os sujeitos com um NDQ mais baixo poderão tendencialmente subestimar a quantidade de pesadelos que experienciam, por não lhes causar tanto impacto ou angústia (Blagrove et al., 2004; Sandman, 2017; Wood & Bootzin, 1990).

Nas variáveis sociodemográficas, os dados observados neste estudo que nos pareceram mais relevantes são os que dizem respeito ao sexo (IS) e à idade (IS). A análise entre sexos (IS), que indica diferenças significativas em relação ao NDQ e à frequência de pesadelos/mês (IS), com um tamanho de efeito de magnitude grande e moderada respetivamente, onde as mulheres demonstram, em média, valores maiores para estes parâmetros, vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos (Agargun et al., 2003; Belicki, 1992; Bjorvatn et al., 2010; Hublin et al., 1999, Levin, 1994; Sandman et al., 2015; Schagen et al., 2017; Schlarb et al., 2015; Schredl, 2010). Contudo, alguns autores alertam para o facto de, devido aos limites da fiabilidade das medidas de autorresposta, estas diferenças poderem ser explicadas por fatores culturais e de sensibilidade pessoal (Chivers & Blagrove, 1999; Hartmann, 1998/2001; Levine, 1994).

Verifica-se uma diminuição da frequência de pesadelos/mês (IS) com o aumento da idade, que vai no sentido dos resultados obtidos noutras investigações (Nielsen et al., 2006; Pagel, 2000; Randler et al., 2017; Schredl & Göritz, 2017; Wood et al., 1993). Alguns estudos, pelo contrário, encontraram uma maior prevalência de pesadelos na população com idades mais avançadas. Contudo, a amostra aqui em estudo tem uma média de idades jovem, não sendo representativa de idades mais avançadas. Já o NDQ não se demonstra associado à idade.

Quanto aos consumos de substâncias, destaca-se uma correlação entre a frequência de consumo de drogas (IS) e a frequência de pesadelos (IS). Porém, não é possível esclarecer se esta correlação se deve a um efeito das drogas consumidas (que poderão intensificar a atividade onírica) ou à associação destes consumos a um reduzido bem-estar. Um aspeto relativo aos consumos que poderia ser relevante, mas que não foi medido aqui, é a frequência de intoxicação. Por exemplo, Sandman et al. (2015) encontraram uma associação entre a intoxicação por álcool e a frequência de pesadelos.

A grande maioria das restantes variáveis demonstra-se mais fortemente relacionada com o NDQ do que com a frequência de pesadelos/mês (IS). Os participantes com pontuações mais altas no NDQ são os que percebem os pesadelos como mais perturbadores (TRNS) e que os afetam mais no dia seguinte (IS), interferindo em mais áreas do seu funcionamento diurno (IS), sentem maior medo de ir dormir (TRNS) e reportam uma maior frequência de despertares com os pesadelos (IS) (Tabela 2). Estes resultados vão ao encontro do construto de angústia associada aos pesadelos, tal como

conceptualizado por Belicki (1992), e a outros resultados evidenciados na literatura (Blagrove, & Haywood, 2006; Böckermann et al., 2014; Miró, & Martínez, 2005).

O NDQ evidencia ser uma medida mais relevante em relação às variáveis relacionadas com o sono (Tabela 5), do que com a frequência de pesadelos/mês (IS), destacando-se em relação a uma pior qualidade de sono (IS), dificuldade em adormecer ao deitar e após acordar de um pesadelo (TRNS), presença de problemas de sono (IS) e, mais detalhadamente, a presença de insónias (IS). Decidiu-se analisar esta última variável separadamente, uma vez que nos problemas de sono (IS) estão incluídos, já por si, os pesadelos e os restantes problemas aparecem numa taxa muito mais baixa, e também porque se tem demonstrado, noutros estudos, um problema de sono muito associado à experiência de pesadelos (Sandman et al., 2015; Sandman, 2017; Schlarb et al., 2015; Sheaves et al., 2016). Freud (1900/2009) considerava o sonho como o guardião do sono. Tendo isto em conta, torna-se compreensível que a perturbação provocada pelos pesadelos se associe a dificuldades em dormir, uma vez que estes sonhos parecem falhar na sua função. Estes resultados estão de acordo com os presentes noutras investigações (Böckermann et al., 2014; Sandman, 2017; Sandman et al., 2015; Sheaves et al., 2016).

No que concerne à psicopatologia, o parâmetro relacionado com os pesadelos que aparece associado é o NDQ, onde altos valores deste se demonstram correlacionados significativamente com todas as dimensões de sintomatologia e índices de cotação do BSI (Tabela 6). Esta associação tem sido encontrada na investigação já existente (Blagrove et al., 2004; Belicki, 1992; Kramer, 1991; Langston, 2007; Levin & Fireman, 2002; Miró & Martínez, 2005; Wood & Bootzin, 1990). Já as correlações destes fatores (BSI) com a frequência de pesadelos/mês (IS) parecem ser totalmente modeladas pelo efeito do NDQ. Estes resultados vão no sentido dos obtidos em estudos que procuram as diferenças entre o NDQ e a frequência de pesadelos, nos quais a angústia associada aos pesadelos aparece mais correlacionada com a psicopatologia (Blagrove et al., 2004; Belicki, 1992; Kramer, 1991; Langston, 2007; Levin & Fireman, 2002; Miró & Martínez, 2005; Wood & Bootzin, 1990). Vão também ao encontro dos modelos teóricos que consideram que os sonhos fazem parte de uma experiência contínua com as vivências diurnas, significando que os pesadelos refletem experiências negativas da vigília (Hartmann, 1998/2001; Kramer, 1991; Levin & Fireman, 2002; Michels et al., 2014; Nielsen, 2017; Rek et al., 2017; Varvin et al., 2012; Zervas & Soldatos, 2005).

A dimensão sintomatológica mais correlacionada com o NDQ foi a ansiedade (BSI). Estudos como os de Blagrove et al. (2004), Levin e Fireman (2002), Sheaves et al. (2016) e Secrist et al. (2019) demonstraram também uma forte correlação entre o NDQ e a ansiedade. Outras dimensões que tem vindo a ser associadas ao NDQ na investigação e que neste estudo também se manifestam dessa forma são a depressão (Blagrove et al., 2004; Böckermann et al., 2014; Levin & Fireman, 2002; Sheaves et al., 2015) e o psicoticismo (Levin & Fireman, 2002; Miró & Martínez, 2005; Sheaves et al., 2015).

As medidas relativas à toma de medicação psiquiátrica (IS) também se demonstram significativamente correlacionadas com o NDQ, tendo-se encontrado diferenças significativas, com

um tamanho de efeito de grande magnitude, entre os sujeitos que tomam medicação psiquiátrica e os que não tomam. No entanto, não é claro se estes valores são ou não independentes dos problemas que tais medicações pretendem tratar. Apesar da correlação se manter significativa, ainda que mais baixa, ao controlar o efeito da psicopatologia (incluindo experiências traumáticas), pode ser que, ainda assim, se deva a fatores de mal-estar e psicopatologia não medidos neste estudo (Sandman et al., 2015). Contudo, existe também investigação que aponta para a influência de medicamentos na estrutura dos ciclos REM-NREM, o que pode induzir pesadelos (Pagel & Helfter, 2003).

As variáveis relacionadas com o trauma, como o grau de repetição dos pesadelos (TRNS), a semelhança do pesadelo com o trauma (TRNS), o índice total de presenças de traumas (TEC) e o índice de pontuação composta de gravidade traumática (TEC), aparecem também mais associadas ao NDQ do que à frequência de pesadelos/mês (IS) (Tabela 7). Estes resultados vão ao encontro das teorias já apresentadas no enquadramento, estando estes aspetos associados a falhas na capacidade de elaboração e integração de traumas que resultam em altos níveis de angústia (Fischmann et al., 2017; Hartmann, 1998/2001; Kramer, 1991; Leuzinger-Bohleber, 2012; Varvin et al., 2012). Diversos autores mencionam os pesadelos repetitivos como indicadores destas falhas, ao reviverem a experiência traumática numa tentativa cristalizada de a dominar psicologicamente (Fischmann et al., 2017; Freud, 1900/2009; Kramer, 1991; Varvin et al., 2012).

Na investigação de Davis et al. (2007), a angústia associada aos pesadelos também se demonstrou positivamente relacionada com o grau de semelhança entre os pesadelos experienciados e o evento traumático vivido. Quanto menos integrado estiver o trauma e, portanto, mais angústia provocar, menores conexões serão feitas pelos processos mentais e menor simbolização e elaboração estarão envolvidas (Fischmann et al., 2017; Hartmann, 1998/2001; Leuzinger-Bohleber, 2012; Varvin et al., 2012). E, por isso, o material que surge nos sonhos será evidentemente mais cru, menos transformado. Indo ao encontro da teoria de Hartmann (1998/2001), à medida que o trauma vai sendo integrado, o conteúdo dos sonhos altera-se, passando a incluir cada vez menos material associado ao evento traumático.

Embora não tenham sido encontrados estudos que relacionem a quantidade de traumas com o sofrimento proveniente de pesadelos, a vivência de múltiplos traumas está associada também a dificuldades em dar significado ao sofrimento provocado por experiências traumáticas e, portanto, é de esperar que estas se reflitam na atividade onírica (Stadtman, Maercker, Binder, & Schnepf, 2018). A severidade traumática é uma pontuação que pondera não só a quantidade de traumas, a idade e relação com perpetrador, mas também o fator subjetivo do impacto percebido que cada trauma teve no sujeito. Deste modo, esta pontuação remete também para a realidade interna da vivência traumática, que autores como Hartmann (1998/2001) e Levine (2014) consideram ser um aspeto essencial para o estabelecimento de um trauma. Tendo em conta a teoria já aqui revista, é, portanto, esperada esta associação entre a severidade traumática e o NDQ.

Diversos estudos têm apontado para uma associação entre experiências traumáticas na infância e experiência de pesadelos na vida adulta, associada a grandes níveis de ansiedade (Agargun et al., 2003; Gieselmann et al., 2019; Nielsen, 2017; Semiz et al., 2008). No nosso estudo esta associação

foi encontrada, mas as análises de correlações por períodos de desenvolvimento indicam que, com o aumento da idade no momento da experiência traumática, verifica-se, também, um aumento dos coeficientes de correlação tanto do NDQ como da frequência de pesadelos/mês (IS) (Tabela 7). Estes resultados talvez possam ser explicados, pelo menos em parte, pelas evidências que Agargun et al. (2003) encontraram de que sujeitos com vivências traumáticas na infância recordam menos os seus sonhos. Outra explicação possível poderá estar na forma como o questionário foi utilizado, referindo apenas uma gama limitada de eventos potencialmente traumáticos e que não mede o quão integrados e representados estarão os traumas reportados na vida mental dos sujeitos.

Quanto à indiferenciação dos limites do *self*, os resultados também apontam para uma maior associação com o NDQ, ao invés da frequência de pesadelos/mês (IS) (Tabela 8). Por um lado, o conceito de Hartmann (1998/2001) caracteriza os sonhos dos sujeitos com limites indiferenciados como mais perturbadores e que afetam mais os seus sonhadores, indo ao encontro da correlação encontrada entre as pontuações do QL-R e o NDQ. Wood e Bootzin (1990) defendem, até, que a expressão de sofrimento é mais uma função da personalidade do que do conteúdo do sonho. Podemos assumir que a maior abertura à vida interior e sensibilidade, associadas à indiferenciação de limites, estão relacionadas com uma maior facilidade em expressar o sofrimento.

Por outro lado, este conceito envolve também uma alta tendência destes sujeitos a experienciarem pesadelos (Hartmann, 1998/2001) e, portanto, também seria de esperar uma forte associação entre a pontuação no QL-R e a frequência de pesadelos/mês (IS). Efetivamente, diversos estudos têm encontrado esta associação (Levin, 1994; Levine et al., 1991; Miró & Martínez, 2005; Schredl et al., 1999). No entanto, apenas um destes estudos analisou também o NDQ (Miró & Martínez, 2005). Já o estudo de Belicki (1992) vai ao encontro dos nossos resultados, sendo sugerido pelo autor que a angústia associada aos pesadelos surge, em parte, da avaliação após acordar e da experiência da memória dos pesadelos, fatores inerentes à indiferenciação de limites.

Numa última fase da análise estatística, decidiu-se investigar as variáveis preditoras do NDQ, uma vez que se verificou ser o parâmetro dos pesadelos que melhor se associou aos fatores de risco aqui estudados. No modelo final, apesar de serem vários os preditores, a variável que se destacou, por prever uma maior variância do sofrimento provocado pelos pesadelos, foi a psicopatologia (BSI) (Tabela 9). Este fator tem sido o mais relacionado com a angústia associada aos pesadelos (Blagrove et al., 2004; Belicki, 1992; Böckermann et al., 2014; Kramer, 1991; Langston, 2007; Levin & Fireman, 2002; Miró & Martínez, 2005; Secrist et al., 2019; Wood & Bootzin, 1990).

## Conclusão

---

Um dos objetivos deste trabalho focou-se na tradução para português do *Nightmare Distress Questionnaire* (Belicki, 1992). A versão assim obtida deste instrumento evidenciou boas propriedades psicométricas, com uma consistência interna muito boa ( $\alpha=.92$ ). Adicionalmente encontraram-se correlações da pontuação total (NDQ) com diversas variáveis, nomeadamente a intensidade (IS) e a severidade dos pesadelos (TRNS), a vivência subjetiva perturbada por estes sonhos (IS), interferindo em diversas áreas do funcionamento diurno (IS), a sensação de medo ao deitar (TRNS) e a psicopatologia (BSI), que vão ao encontro do construto tal como definido por Belicki (1992).

Porém, poderá interpretar-se como uma limitação para esta adaptação o facto de se ter encontrado uma correlação moderada entre o NDQ e a frequência de pesadelos/mês (IS), bastante mais elevada que a encontrada por Belicki (1992) e que esteve na base da diferenciação dos conceitos. No entanto, estudos que têm vindo a ser feitos, e que procuram perceber o que realmente esta frequência acedida retrospectivamente mede, têm percebido que será bastante influenciada pela angústia associada, não reportando uma frequência real dos pesadelos (Blagrove et al., 2004; Sandman, 2017; Wood & Bootzin, 1990).

Para além disso, nas correlações parciais, ao contrário do NDQ, a frequência de pesadelos/mês (IS) não se demonstrou significativamente associada à psicopatologia (BSI), que se tem verificado como um dos fatores mais importantes na conceptualização do construto de Belicki (1992), indicando que, efetivamente, há diferenças consideráveis entre estas duas medidas. Acrescendo às restantes correlações parciais, onde as relações da frequência de pesadelos/mês (IS) com a indiferenciação dos limites do *self* (QL-R) e com a grande maioria das variáveis relativas ao sono (IS e TRNS) e ao trauma (TRNS e TEC) deixam de ser significativas, ao controlar os efeitos do NDQ, leva-nos a supor que nos estudos onde se encontraram todas estas correlações poderá haver um efeito do NDQ que as medeia, que não foi estudado.

Assim, o NDQ parece-nos o construto mais básico e adequado para este tipo de investigação. Deste modo, é impossível medir de forma exata a frequência de pesadelos, sendo que os estudos que melhor se poderão aproximar destes valores são os que recorrem a registos diários dos sonhos (Blagrove et al., 2004; Wood & Bootzin, 1990), ainda que, mesmo nesses casos, entra em jogo o facto dos sujeitos poderem não se lembrar, ao acordar, de sonhos que tiveram (Sandman, 2017). Contudo, realçamos que uma parte importantíssima da experiência humana é a realidade subjetiva de cada um. O *Nightmare Distress Questionnaire* tem como objetivo medir um dos pontos, talvez o mais importante clinicamente, da experiência subjetiva dos pesadelos – a angústia associada a tal experiência, que provém de preocupações e emoções negativas associadas à recordação destes sonhos. No entanto, há que ter em conta que esta escala tem as suas limitações. Por exemplo, supomos que o facto de uma pessoa ter respondido a este questionário após ter tido um pesadelo recentemente que a tenha perturbado bastante poderá levá-la a ampliar os efeitos negativos nas suas



respostas, que se pretende que não sejam focadas apenas numa experiência. Além disso, quanto à credibilidade e fiabilidade desta escala em português, seria importante que mais estudos pudessem testar a sua validade e estabilidade temporal noutras amostras.

O NDQ parece sinalizar um mal-estar a vários níveis, que se refletiu no modelo de fatores de risco final. A associação com os fatores de psicopatologia demonstrou-se especialmente relevante. Apesar de se verificarem relações significativas do NDQ com todas as dimensões sintomatológicas avaliadas e índices de pontuação do BSI, destacaram-se as associações com o índice geral de sintomas e a ansiedade. Em estudos futuros poderá ser interessante procurar as diferenças a nível das emoções e conteúdos destes sonhos em relação aos diferentes tipos de dimensões sintomatológicas.

O trauma também demonstrou ter um papel relevante na experiência de pesadelos, verificado através das correlações encontradas do NDQ com a repetitividade dos pesadelos (TRNS), o índice total de presenças de traumas (TEC), o índice de pontuação composta de gravidade traumática (TEC) e os índices de pontuação composta de traumas específicos, na qual se destacaram os traumas emocionais (TEC). O outro fator que dá título a esta dissertação, a indiferenciação dos limites do *self* (QL-R), também apresentou uma correlação significativa, porém mais fraca, com o NDQ, mas que se apoia na conceptualização do conceito de Hartmann (1998/2001).

Os resultados aqui obtidos poderão ser entendidos à luz dos modelos teóricos que consideram que os sonhos fazem parte de uma experiência contínua com as vivências diurnas, significando que os pesadelos refletem experiências negativas da vigília, ao resultarem de falhas nas funções de regulação emocional, integração e simbolização (Hartmann, 1998/2001; Kramer, 1991; Levin & Fireman, 2002; Michels et al., 2014; Nielsen, 2017; Rek, Sheaves, & Freeman, 2017; Varvin et al., 2012; Zervas & Soldatos, 2005). Todavia, há que ter em atenção que este tipo de estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as diferentes variáveis.

Antes de finalizar, é importante abordarmos as limitações deste estudo que ainda não foram mencionadas. Recorreu-se a uma amostra de conveniência, que demonstrou ter médias de idade baixa e escolaridade alta, portanto, não representativa da população portuguesa. Além do mais, a maioria dos participantes respondeu ao protocolo através de uma plataforma *online*, anunciado através das redes sociais. Crê-se que este tipo de anúncio terá uma maior tendência a ser respondido por pessoas com maior interesse no fenómeno em estudo, por hipótese associado a maiores níveis de angústia associada aos pesadelos. Outra limitação tem que ver com o facto de apenas terem sido usados questionários de autorresposta, onde as respostas podem ser inflacionadas, nomeadamente por questões de desejabilidade social. Por todas estas razões, há que ter cuidados em termos da generalização destes resultados.

Tendo tudo isto em conta e concluindo, realça-se a relevância clínica dos pesadelos com altos níveis de angústia. Considerando a associação aqui encontrada entre o NDQ e a psicopatologia, os pesadelos poderão abrir uma porta para a compreensão psicopatológica dinâmica dos pacientes que aparecem na clínica.

## Bibliografia

---

- Agargun, M. Y., Kara, H., Ozer, O. A., Selvi, Y., Kiran, U., & S., K. (2003). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*(2), 139–145.
- American Psychiatric Association. (2013/2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (6ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes-Alves, S., & Koninck, J. (2012). Pre- and post-sleep stress levels and negative emotions in a sample dream among frequent and non-frequent nightmare sufferers. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *14*(2), 11-16.
- Anzieu, D. (1994/1997). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(3), 592–597.
- Bion, W. R. (1962/1984). *Learning from experience*. London: Karnac Books.
- Bjorvatn, B., Gronli, J., & Pallesen, S. (2010). Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Medicine*, *11*(10), 1031–1034.
- Blagrove, M., & Haywood, S. (2006). Evaluating the awakening criterion in the definition of nightmares: how certain are people in judging whether a nightmare woke them up? *Journal of Sleep Research*, *15*(2), 117–124.
- Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, *13*(2), 129–213.
- Bockermann, M., Giesemann, A., & Pietrowsky, R. (2014). What does nightmare distress mean? Factorial structure and psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire (NDQ).  *Dreaming* , *24*(4), 279–289.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Breves – B.S.I.. Em Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Carr, M., & Nielsen, T. (2017). A novel Differential Susceptibility framework for the study of nightmares: Evidence for trait sensory processing sensitivity. *Clinical Psychology Review, 58(11)*, 86-96. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.002
- Cartwright, R., Newell, P., & Mercer, P. (2001). Dream incorporation of a sentinel life event and its relation to waking adaptation. *Sleep Hypnosis, 3(1)*, 25-32.
- Chellappa, S. L., & Araújo, J. F. (2006). Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33(4)*, 183-187.
- Chivers, L., & Blagrove, M. (1999). Nightmare frequency, personality and acute psychopathology. *Personality and Individual Differences, 27(5)*, 843-851.
- Claridge, G., Clark, K., & Davis, C. (1997). Nightmares, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology, 36(3)*, 377–86.
- Cranston, C. C., Miller, K. E., Davis, J. L., & Rhudy, J. L. (2017). Preliminary validation of a brief measure of the frequency and severity of nightmares: The Trauma-Related Nightmare Survey. *Journal of Trauma & Dissociation, 18(1)*, 88-99. doi: 10.1080/15299732.2016.1191578
- Davis, J. L., Byrd, P., Rhudy, J. L., & Wright, D. C. (2007). Characteristics of chronic nightmares in a trauma-exposed treatment-seeking sample. *Dreaming, 17(4)*, 187–198. doi:10.1037/1053-0797.17.4.187
- Dunn, K., & Barrett, D. (1988). Characteristics of nightmare subjects and their nightmares. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 13(2)*, 91–93.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Martins, L., Cassimo, S., & Xavier, M. (2013). 1544 – The Portuguese Traumátic Experiences Checklist (TEC):

Psychometrics and prevalence of traumatic experiences. *European Psychiatry*, 28(1), 1.

- Fischmann, T., Russ, M. O., & Leuzinger-Bohleber, M. (2013). Trauma, dream, and psychic change in psychoanalyses: a dialog between psychoanalysis and the neurosciences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(877), 1-15.  
doi:10.3389/fnhum.2013.00877
- Fischmann, T., Russ, M., Schoett, M., & Leuzinger-Bohleber, M. (2017). Trauma, dreams and transformations in psychoanalysis: combining clinical and extra-clinical research in an EEG/fMRI study. Em M. Leuzinger-Bohleber, S. Arnold, & M. Solms (Edits.), *The Unconscious. A bridge between psychoanalysis and cognitive neuroscience* (pp. 165-188). New York: Routledge.
- Freud, S. (1933). Lecture 29. Revision of the theory of dreams. Em S. Freud, *New Introductory Lectures on Psychoanalysis* (Vol. 22, pp. 35-59). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1919/1955). The uncanny. Em J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 219-256). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1900/2009). *A interpretação dos sonhos*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Gieselmann, A., Aoudia, M. A., Carr, M., Germain, A., Gorzka, R., Holzinger, B., Kleim, B., Krakow, B., Kunze, A. E., Lancee, J., Nadorff, M. R., Nielsen, T., Riemann, D., Sandahl, H., Schlarb, A. A., Schmid, C., Schredl, M., Spoormaker, V. I., Steil, R., Schagen, A. M., Wittmann, L., Zschoche, M., & Pietrowsky, R. (2019). Aetiology and treatment of nightmare disorder: State of the art and future perspectives. *Journal of Sleep Research*, e12820, 1-17. doi:10.1111/jsr.12820

- Hartmann, E. (1998/2001). *Dreams and nightmares. The origin and meaning of dreams*. Cambridge: Perseus Publishing.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M., & Koskenvuo, M. (1999). Nightmares: familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American Journal of Medical Genetics*, 88(4), 329–336.
- Jovic, V., Varvin, S., Rosenbaum, B., Fischmann, T., Opacic, G., & Hau, S. (2018). Sleep studies in serbian victims of torture: Analysis of traumatic dreams. Em E. Vermetten, A. Germain, & T. C. Neylan (Edits.), *Sleep and Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder* (pp. 395-409). New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4939-7148-0
- Kelly, W. (2016). Some personality characteristics of college students reporting frequent nightmares. *Sleep and Hypnosis*, 18(3), 69-73.
- Krakov, B., Haynes, P. L., Warner, T. D., Santana, E., Melendrez, D., Johnston, L., Hollifield, M., Sisley, B. N., Koss, M., & Shafer, L. (2004). Nightmares, insomnia, and sleep-disordered breathing in fire evacuees seeking treatment for posttraumatic sleep disturbance. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 257-268.
- Kramer, M. (1991). The Nightmare: A Failure in Dream Function. *Dreaming*, 1(4), 277-285.
- Langston, T. J. (2007). *Nightmares and sleep quality in children and adolescents: A comparison based on trauma status*. (Dissertação de doutoramento, University of Tulsa, United States of America).
- Leonard, L., & Dawson, D. (2018). The marginalisation of dreams in clinical psychological practice (Manuscrito submetido a publicação). *Sleep Medicine Reviews*. doi:10.1016/j.smr.2018.04.002

- Leuzinger-Bohleber, M. (2012). Changes in dreams—from a psychoanalysis with a traumatised, chronic depressed patient. Em P. Fonagy, H. Kächele, M. Leuzinger-Bohleber, & D. Taylor, *The significance of dreams. Bridging clinical and extraclinical research* (pp. 49-85). London: Karnac Books Ltd.
- Levin, R. (1994). Sleep and Dreaming Characteristics of Frequent Nightmare Subjects in a University Population. *Dreaming*, 4(2), 127-137. doi:1053-0797/94/0600-0127\$07.00/1
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare Prevalence, Nightmare Distress, and Self-Reported Psychological Disturbance. *Sleep*, 25(2), 205-212.
- Levin, R., & Nielsen, T. (2009). Nightmares, bad dreams, and emotion dysregulation a review and new neurocognitive model of dreaming. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 84-88.
- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133(3), 482–528.
- Levin, R., Galin, J., & Zywiak, B. (1991). Nightmares, Boundaries, and Creativity. *Dreaming*, 1(1), 63-74. doi:1053·0797/91/0300·0063\$06.50/1
- Levine, H. B. (2014). Psychoanalysis and trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 34(3), 214–224. doi:10.1080/07351690.2014.889475
- Michels, F., Schilling, C., Rausch, F., Eifler, S., Zink, M., Meyer-Lindenberg, A., & Schredl, M. (2014). Nightmare frequency in schizophrenic patients, healthy relatives of schizophrenic patients, patients at high risk states for psychosis, and healthy controls. *International Journal of Dream Research*, 7(1), 9-13.

- Miró, E., & Martínez, M. P. (2005). Affective and personality characteristics in function of nightmare prevalence, nightmare distress, and interference due to nightmares . *Dreaming, 15*(2), 89–105.
- Nielsen, T. A. (2017). The Stress Acceleration Hypothesis of Nightmares. *Frontiers in Neurology, 8*(201), 1-23. doi:10.3389/fneur.2017.00201
- Nielsen, T. A., Stenstrom, P., & Levin, R. (2006). Nightmare frequency as a function of age, gender, and September 11, 2001: Findings from an Internet questionnaire. *Dreaming, 16*(3), 145–158.
- Nijenhuis, E., Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*(3), 200-210.
- Novellino, M. (2012). The Shadow and the Demon: The Psychodynamics of Nightmares. *Transactional Analysis Journal, 42*(4), 277-284.
- Ogden, T. H. (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. London and New York: Routledge.
- Pagel, J.F. (2000). Nightmares and Disorders of Dreaming. *American Family Physician, 1*,61(7), 2037-2042.
- Pagel, J. F., & Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares—an etiology based review. *Human Psychopharmacology, 18*(1), 59-67. doi:10.1002/hup.465
- Paixão, R., & Duarte, A. L. (2011). Versão portuguesa do Boundary Questionnaire - Short de David Rawlings (BQ-SH). *Psicologia e Educação, 1*(2), 49-64.
- Randler, C., Schredl, M., & Goritz, A. S. (2017). Chronotype, sleep behavior, and the big five personality factors. *Sage open, 7*(3), 1-9.

- Rawlings, D. (2002). An exploratory factor analysis of Hartmann's Boundary Questionnaire and an empirically derived short version. *Imagination, cognition and personality* 21(2), 131-144.
- Rêgo, M. F. (2014). *Nightmares and their relation with trauma*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Portugal).
- Rek, S., Sheaves, B., & Freeman, D. (2017). Nightmares in the general population: identifying potential causal factors. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 52(9), 1123–1133. doi:10.1007/s00127-017-1408-7
- Rosenblum, R. (2009). Postponing trauma: The dangers of telling. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(6), 1319-1340. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00171.x
- Rudge, A. M. (2016). Sonhos traumáticos na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 19(4), 603-615. doi:10.1590/1415-4714.2016v19n4p603.2
- Sandman, N. (2017). *Nightmares: Epidemiological studies of subjective experiences*. . (Dissertação de doutoramento, University of Turku, Finland). Obtido de <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6927-2>
- Sandman, N., Valli, K., Kronholm, E., Revonsuo, A., Laatikainen, T., & Paunio, T. (2015). Nightmares: Risk Factors Among the Finnish General Adult Population. *Sleep*, 38(4), 507–514. doi:http://dx.doi.org/10.5665/sleep.4560
- Schagen, A., Lancee, J., Swart, M., Spoormaker, V., & Bout, J. (2017). Nightmare Disorder, Psychopathology Levels, and Coping in a Diverse Psychiatric Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 65–75. doi:10.1002/jclp.22315



- Schlarb, A., Bihlmaier, I., Hautzinger, M., Gulewitsch, M. D., & & Schwerdtle, B. (2015). Nightmares and Associations with Sleep Quality and Self-Efficacy among University Students. *Journal of Sleep Disorders and Management* , 1(2), 1-5.
- Schneider, J. A. (2010). From Freud's dream-work to Bion's work of dreaming: The changing conception of dreaming in psychoanalytic theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 521-540. doi:10.1111/j.1745-8315.2010.00263.x
- Schredl, M. (2003). Effects of state and traits factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 241–247.
- Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(8), 565–570.
- Schredl, M., & Goritz, A. S. (2017). Dream recall frequency, attitude toward dreams, and the Big Five personality factors. *Dreaming* , 27(1), 49–58.
- Schredl, M., Schafer, G., Hofmann, F., & Jacob, S. (1999). Dream content and personality: thick vs. thin boundaries. *Dreaming* , 9(4), 257-263. doi:1053-0797/99/1200-0257\$16.00/1
- Secrist, M. E., Dalenberg, C. J., & Gevirtz, R. (2019). Contributing factors predicting nightmares in children: Trauma, anxiety, dissociation, and emotion regulation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 114–121.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Mesut Cetin. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 48–55. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01789.x

- Sheaves, B., Porcheret, K., Tsanas, A., Espie, C. A., Foster, R. G., Freeman, D., Harrison, P. J., Wulff, K., Goodwin, G. M. (2016). Insomnia, Nightmares, and Chronotype as Markers of Risk for Severe Mental Illness: Results from a Student Population. *Sleep, 39(1)*, 173-181. doi:<http://dx.doi.org/10.5665/sleep.5342>
- Soffer-Dudek, N. (2017). Arousal in nocturnal consciousness: How dream- and sleep-experiences may inform us of poor sleep quality, stress, and psychopathology. *Frontiers in Psychology, 8(733)*. doi:10.3389/fpsyg.2017.00733
- Solms, M. (1995). New Findings on the Neurological Organization of Dreaming: Implications for Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly, 64(1)*, 43-67. doi:10.1080/21674086.1995.11927443
- Stadtmann, M. P., Maercker, A., Binder, J., & Schnepf, W. (2018). Why do I have to suffer? Symptom management, views and experiences of persons with a CPTSD: a grounded theory approach. *BMC Psychiatry, 8(392)*, 1-11. doi: 10.1186/s12888-018-1971-9
- Varvin, S., Fischmann, T., Jovic, V., Rosenbaum, B., & Hau, S. (2012). Traumatic dreams: symbolisation gone astray. Em P. Fonagy, H. Kächele, M. Leuzinger-Bohleber, & D. Taylor (Edits.), *The Significance of Dreams. Bridging Clinical and Extraclinical Research in Psychoanalysis* (pp. 182-211). London: Karnac Books Ltd.
- Wood, J. M., Bootzin, R. R., Quan, S. F., & Klink, M. E. (1993). Prevalence of nightmares among patients with asthma and chronic obstructive airways disease. *Dreaming, 3(4)*, 231-241.
- Wood, J., & Bootzin, R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 99(1)*, 64-68.

Zadra, A. (2000). Nightmares and Bad Dreams: Their Prevalence and Relationship to Well-Being. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 273-281.

doi:10.1037//0021-843X.109.2.273

Zadra, A., Pilon, M., & Donderi, D. C. (s.d.). Variety and Intensity of Emotions in Nightmares and Bad Dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(4), 249–254. doi:10.1097/01.nmd.0000207359.46223.dc

Zervas, I. M., & Soldatos, C. R. (2005). Nightmares: Personality dimensions and psychopathological attributes. *International Review Psychiatry, 17*(4), 271–276.

doi:10.1080/09540260500104581



## **Lista de Anexos**

Anexo A. Declaração de consentimento informado

Anexo B. Inquérito sociodemográfico (IS)

Anexo C. Tradução do *Nightmare Distress Questionnaire* (NDQ, Belicki, 1992) – Questionário de angústia associada aos pesadelos

Anexo D. Tabela 1A – Caracterização da amostra quanto aos tipos de medicação e drogas consumidas

## Anexo A. Declaração de consentimento informado

### Declaração de Consentimento Informado

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão. O objetivo primordial do estudo consiste em avaliar os pesadelos e a sua relação com aspetos da personalidade, psicopatologia e trauma.

Os questionários são de autorresposta, requerendo um único momento de preenchimento, com um tempo calculado de 15 a 30 minutos, de acordo com as características e ritmos do sujeito.

Todas as dúvidas e/ou questões que possa ter em relação à sua participação neste projeto podem e devem ser colocadas diretamente à investigadora (Rute Lopes) ou através do email: arutelopes93@gmail.com. A sua participação é absolutamente **voluntária**, podendo, a qualquer momento, desistir do preenchimento, se assim o entender.

É de salientar, ainda, que os resultados obtidos são estritamente **confidenciais**, sendo exclusivamente utilizados para os fins estatísticos da investigação (considerando apenas grupos de respostas e não dados particulares reportados pelos participantes).

Caso decida participar é importante que responda com sinceridade e de forma espontânea, **não deixando nenhuma questão por responder.**

**Obrigado pela sua colaboração.**

Declaro que aceito participar nesta investigação

Sim

Não

(Não assine o documento)

## Anexo B. Inquérito sociodemográfico (IS)

Inquérito Sociodemográfico		
<b>Idade:</b> _____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
<b>Cidade de Residência:</b> _____ <b>Distrito:</b> _____		
<b>Anos de escolaridade</b> (e.g., se completou o 2º ano da licenciatura, dá um total de 14 anos de escolaridade, uma vez que soma 12 anos de secundário mais 2 anos de licenciatura): _____		
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Num relacionamento estável <input type="checkbox"/> Casado(a)/União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<b>Situação Laboral:</b> <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Trabalhador(a) estudante <input type="checkbox"/> Empregado(a) <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Formação Profissional <input type="checkbox"/> Reformado(a)/Pensionista	
<b>Rendimento Líquido Mensal Familiar:</b> <input type="checkbox"/> Até 500€ <input type="checkbox"/> Entre 1001€ e 1250€ <input type="checkbox"/> Entre 1751€ a 2000€ <input type="checkbox"/> Entre 501€ e 750€ <input type="checkbox"/> Entre 1251€ a 1500€ <input type="checkbox"/> Superior a 2000€ <input type="checkbox"/> Entre 751€ e 1000€ <input type="checkbox"/> Entre 1501€ e 1750€		
<b>Consumo de Álcool:</b>	<b>Consumo de Drogas:</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não consumo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo mensalmente ou menos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de 2 a 4 vezes por mês
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de 2 a 3 vezes por semana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo 4 ou mais vezes por semana
Se assinalou que consome drogas, indique quais: _____		
<b>Nos últimos 3 meses, tomou algum tipo de medicação?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se assinalou que tomou algum tipo de medicação, nos últimos 3 meses, indique qual [se não se recordar do(s) nome(s) do(s) medicamento(s), indique para que serve(m)]: _____ _____	

<p><b>Está a ser ou foi seguido(a) medicamente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Se assinalou que está a ser ou foi seguido(a) medicamente, indique em que especialidade: _____</p> <p>_____</p>
<p><b>Nos últimos 3 meses, teve problemas de sono?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Se assinalou que teve problemas de sono, nos últimos 3 meses: Indique que problemas foram esses: _____</p> <p>_____</p> <p>Foi diagnosticado por um médico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p><b>Classifique a qualidade do seu sono:</b></p> <p>Excelente <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Péssima</p>	
<p><b>Indique aproximadamente quantos pesadelos teve no último mês: _____</b></p>	<p><b>Normalmente, os seus pesadelos acordam-no(a)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>Indique o grau de intensidade dos seus pesadelos?</b></p> <p>Nenhuma intensidade <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intensidade extrema</p>	
<p><b>Indique o quão afetado(a) fica com os seus pesadelos no dia seguinte:</b></p> <p>Nada afetado(a) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Extremamente afetado(a)</p>	
<p><b>Sente que os seus pesadelos interferem nalguma(s) das seguintes áreas? (assinale todas as opções que se aplicam)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Humor <input type="checkbox"/> Atividades sociais, recreativas ou de lazer (por exemplo, hobbies, ir ao cinema, sair com amigos)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde mental <input type="checkbox"/> Sucesso na atividade que desenvolve (por exemplo, sucesso escolar ou no trabalho)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde física <input type="checkbox"/> Relações com amigos e/ou familiares <input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> Outra: _____</p>	



## Anexo C. Tradução do *Nightmare Distress Questionnaire* (NDQ, Belicki, 1992) – Questionário de angústia associada aos pesadelos

### Questionário de angústia associada aos pesadelos (Belicki, 1992)

1. Quando acorda devido a um pesadelo, continua a pensar nele e tem dificuldade em tirá-lo da sua cabeça?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
2. Já deu por si a evitar ou a não gostar ou, ainda, a temer alguém com quem teve um pesadelo?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
3. Alguma vez teve medo de adormecer por temer ter um pesadelo?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
4. Depois de acordar de um pesadelo, tem dificuldade em voltar a adormecer novamente?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
5. Os pesadelos interferem com a qualidade do seu sono?  
 Nada       Ligeiramente       Um pouco       Muitas vezes       Quase sempre
6. Têm dificuldades em lidar com pesadelos?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
7. Sente que tem um problema com pesadelos?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
8. Os pesadelos afetam o seu bem-estar?  
 Nada       Ligeiramente       Um pouco       Muitas vezes       Quase sempre
9. Alguma vez teve a sensação de que algo que ocorreu num pesadelo seu realmente aconteceu?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
10. Os seus pesadelos preveem o futuro?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
11. Quando tem um pesadelo, alguma vez lhe pareceu tão real que, quando acorda, tem dificuldades em convencer-se que foi “só um sonho”?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
12. No ano que passou, alguma vez considerou procurar ajuda profissional devido aos seus pesadelos?  
 Sempre       Frequentemente       Às vezes       Raramente       Nunca
13. Se um programa terapêutico estivesse disponível para o ajudar a controlar (ou a parar) os seus pesadelos, quão interessado(a) estaria em o seguir?  
 Nada interessado(a)       Ligeiramente interessado(a)       Um pouco interessado(a)       Muito interessado(a)       Extremamente interessado(a)

## Anexo D. Tabela 1A – Caracterização da amostra quanto aos tipos de medicação e drogas consumidas

**Tabela 1A.**

**Caracterização da amostra quanto ao tipo de consumos (medicação e drogas)**

Variáveis Sociodemográficas (categóricas)		n	%
Tipo de drogas consumidas	Sem consumos	256	82.6
	Canábis	36	11.6
	Anfetaminas	3	1.0
	Cocaína	2	.6
	Alucinogénicos	4	1.3
	Quetamina	1	.3
	Ecstasy	8	2.6
Tipo de medicação psiquiátrica consumida nos últimos 3 meses	Sem consumos	272	86.9
	Antidepressivo	17	5.4
	Estabilizador de humor	1	.3
	Ansiolítico / sedativo-hipnótico	14	4.5
	Antipsicótico	2	.6
	Antiparkinsoniano	1	.3
	Estimulante	1	.3
	Antiepilético	5	1.6