



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Patrícia Marreiros de Almeida

**O ESTUDO DAS MEMÓRIAS TRAUMÁTICAS E A SUA  
ASSOCIAÇÃO COM SINTOMATOLOGIA  
PSICOPATOLÓGICA NA POPULAÇÃO GERAL**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, área de subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Rui Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Setembro de 2019

Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação  
da Universidade de Coimbra

# O estudo das memórias traumáticas e a sua associação com sintomatologia psicopatológica na população geral

Patrícia Marreiros de Almeida

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) orientada pelo Professor Doutor Rui Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA







## Agradecimentos

---

Ao Professor Doutor Rui Paixão pela orientação, disponibilidade e conhecimento transmitido. Obrigado pelos ensinamentos partilhados do que é ser um psicólogo.

Aos meus pais, um especial obrigado, pelo apoio e amor incondicional ao longo destes anos, pois perto ou longe, estiveram sempre ao meu lado.

Aos restantes membros da minha família, que cada um à sua maneira, me encorajaram sempre a seguir em frente.

Aos meus amigos, Andreia, Denise e João E., pelo companheirismo nesta jornada, pelas palavras de encorajamento, pelas gargalhadas partilhadas e lágrimas derramadas, pelas infinitas conversas em cafés sobre tudo e sobre nada, que no final fazem a diferença. Obrigado por me permitirem ser quem sou e me acompanharem no meu crescimento.

Aos restantes amigos e conhecidos, que me ajudaram de alguma forma através de uma palavra ou de um gesto amigo.

A todos os que participaram neste estudo, um grande obrigado!

## Resumo

---

As memórias traumáticas e o papel que desempenham na vida das pessoas tem sido alvo de interesse de inúmeras investigações ao longo dos anos. Desde estudos que avaliam as características fundamentais deste tipo de memórias até ao processo de esquecimento, envolvendo amostras clínicas (ex-combatentes de guerra e vítimas de abusos físicos, principalmente) ou amostras da população geral, o objetivo prendeu-se sempre com a compreensão do funcionamento destas memórias. Como tal, o intuito desta investigação é estudar a relação entre as memórias traumáticas e certos distúrbios psicológicos, tendo em conta a perceção observada destas variáveis numa amostra da população geral. Através de um protocolo de investigação constituído pelo IES-R (Escala do Impacto do Acontecimento - Revista), o CES (Escala da Centralidade do Acontecimento), o PCL-V (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V*), o EADS-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*), o PSS-10 (Escala de *Stress* Percecionado), e o EDE-Q (*Eating Disorder Examination – Questionnaire*) foram avaliados 100 sujeitos adultos (69 do sexo feminino e 31 do sexo masculino) com idade igual ou superior a 18 anos. Os resultados obtidos a partir de uma estatística correlacional demonstram uma influência positiva do conceito de centralidade e impacto do acontecimento nas memórias traumáticas, bem como uma relação também positiva destas memórias com alguns distúrbios psicológicos. Verificou-se, também, que o *stress* constitui o preditor mais significativo das memórias traumáticas, facto que deverá ser aprofundado em investigações futuras.

Palavras-chave: Memórias traumáticas, psicopatologia, população geral, *stress*, trauma.

## Abstract

---

*Traumatic memories and the role they play in a person's life has been a target of interest of many studies throughout the years. From studies addressing the main characteristics of traumatic memories to the process of forgetting them, involving clinical samples (mostly ex-veterans of war and victims of physical abuse) or samples of general population, the main goal was always to understand how this type of memories work. As such, this research pretends to investigate the relation between traumatic memories and certain types of psychological disorders, taking into account what was observed through a sample of the general population with these variables. From a research protocol entailing the IES-R (Escala do Impacto do Acontecimento-Revista), the CES (Escala da Centralidade do Acontecimento), the PCL-V (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V), the EADS-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress), the PSS-10 (Escala de Stress Percecionado) and the EDE-Q (Eating Disorder Examination – Questionnaire) were evaluated 100 adult subjects (69 female and 31 male) with age equal or superior to 18 years old. The results obtained through statistical correlations show that the concept of centrality and the impact of the event had a positive influence in traumatic memories, as well as a positive relation between these memories and some psychological disorders. It was also found that stress has the most influence in traumatic memories, which is a fact that should be further analyzed in future researches.*

*Key words: Traumatic memories, psychopathology, general population sample, stress, trauma.*

# Índice

---

Introdução .....	1
1. Enquadramento conceptual .....	3
1.1. Memórias traumáticas.....	3
1.1.1 Breve contextualização histórica do estudo da memória e do trauma....	4
1.1.2 Perspetivas acerca da memória traumática.....	6
1.1.3 Natureza das memórias traumáticas .....	7
1.1.4 Memória e Emoção .....	8
1.1.5 Memórias comuns versus memórias traumáticas .....	11
1.1.6 Processo de esquecimento/amnésia dissociativa .....	11
1.2. O papel das memórias traumáticas na psicopatologia.....	14
1.2.1 Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático (PSPT) .....	15
1.2.2 Ansiedade.....	17
1.2.3 Depressão .....	18
1.2.4 <i>Stress</i> .....	18
1.2.5 Perturbações Alimentares.....	19
2. Objetivos.....	21
3. Metodologia.....	22
3.1 Participantes .....	22
3.2 Instrumentos .....	23
3.2.1 Questionário Sociodemográfico .....	23
3.2.2 Escala do Impacto do Acontecimento - Revista (IES-R) .....	23
3.2.3 Escala da Centralidade do Acontecimento (CES) .....	24
3.2.4 <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V</i> (PCL-V) .....	25
3.2.5 Escalas de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> (EADS-21) .....	26
3.2.6 Escala de <i>Stress</i> Percecionado (PSS-10) .....	27
3.2.7 <i>Eating Disorder Examination - Questionnaire</i> (EDE-Q).....	27
3.3 Procedimentos de investigação.....	28
3.4 Procedimentos estatísticos .....	29
4. Resultados.....	30
4.1 Relação entre memórias traumáticas e as variáveis centralidade e impacto do evento .....	30

4.2 Relação preditora entre memórias traumáticas e centralidade e impacto do evento .....	31
4.3 Relação entre memórias traumáticas e os sintomas psicopatológicos.....	32
4.4 Relação preditora entre memórias traumáticas e sintomas psicopatológicos .....	33
5. Discussão .....	36
Conclusão .....	38
Bibliografia .....	39



## Introdução

---

As memórias traumáticas são descritas na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (*American Psychiatric Association*, 2014), no diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), como memórias referentes a um evento traumático pessoal. O primeiro critério relativo a esta perturbação refere-se à “exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual” (DSM-V, 2014, pág. 271), em situações de experiência direta com o acontecimento traumático, ser testemunho do evento ocorrido a outras pessoas, ter conhecimento que o evento ocorreu com alguém próximo ou experienciar repetidamente o evento através de detalhes presentes no dia-a-dia que relembram a situação. O segundo critério corresponde à “presença de um ou mais dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático” (DSM-V, 2014, pág. 271), caracterizado por sintomas cognitivos, psicológicos e fisiológicos. Deste modo, o termo é definido conforme a sua associação à perturbação, sendo o mais consensual no meio científico, apesar de existirem diversas definições derivadas de outras áreas de estudo devido à história do trauma, que tem por base influências psicanalíticas.

O tema do trauma tem sido amplamente estudado ao longo das últimas décadas, com o propósito de perceber como as pessoas vivenciam eventos traumáticos. Inicialmente, várias dessas investigações demonstraram aspetos importantes como as características fundamentais das memórias traumáticas, os processos de recordação das mesmas, a sua veracidade e exatidão e os processos de armazenamento responsáveis pelo fenómeno da amnésia dissociativa (Ceci & Bruck, 1993, 1995; Christianson, 1992b; Christianson & Loftus, 1987; van der Kolk, Hopper, & Osterman, 2001). Muitos destes estudos focalizam-se em população clínica como indivíduos com diagnóstico de PSPT, que sofreram abusos físicos como violação, que vivenciaram situações traumáticas como roubos, catástrofes naturais ou outras situações indutoras de *stress* intenso. Neste contexto, as situações foram invocadas experimentalmente através de vídeos, imagens ou testes desenhados para esse propósito (Sotgiu & Mormont, 2008) ou

por relatos que ocorreram na vida real e que tiveram um grande impacto a nível cultural como, por exemplo, o assassinato do Presidente Kennedy ou o atentado terrorista de 11 de setembro de 2001 (Brown & Kulik, 1977; Talarico & Rubin, 2003).

Mais tarde, o foco foi direcionado para estudos com a população geral. Neste sentido, surgiram as questões de saber se os relatos das pessoas sobre memórias traumáticas eram as mesmas descritas pelos pacientes diagnosticados com alguma patologia adjacente, ou se seriam simplesmente memórias de teor emocional negativo intenso com impacto variável na vida do indivíduo. Por outras palavras, o interesse científico centrou-se na correlação entre a emoção e a memória (Christianson, 1992a; McGaugh, 2003; McNally, 2003; Reisberg & Hertel, 2004).

A investigação desenvolvida no tema revela também estudos envolvendo o conceito de trauma e algumas patologias de teor psicológico, como a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), Perturbação de Ansiedade, *Stress*, Depressão e Perturbações Alimentares (Afifi et al., 2017; Berntsen & Rubin, 2007; Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; Dansky, Brewerton, O'Neil, & Kilpatrick, 1997; Robinaugh & McNally, 2010).

Deste modo, o presente estudo centra-se na perceção das pessoas da população geral sobre memórias traumáticas e a sua relação com a psicopatologia. Primeiramente, apresentamos o enquadramento conceptual, onde são abordadas as bases essenciais para a compreensão do tema. De seguida, são apresentados os objetivos, a metodologia, incluindo descrição da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos e de investigação. Segue-se, a apresentação dos resultados, a sua discussão e, finalmente, a conclusão.

# 1. Enquadramento conceptual

---

## 1.1 Memórias traumáticas

A terminologia utilizada na psicologia e na investigação clínica, por vezes, é distinta, o que pode proporcionar confusões com o construto em estudo. Por exemplo, na investigação desenvolvida na área cognitiva, o termo “memórias traumáticas” tem sido utilizado para definir um tipo de memórias de eventos de vida desagradáveis que estudantes universitários, por exemplo, reportam quando questionados acerca da sua experiência mais traumática. Nesses estudos, permanece a dúvida acerca da crença dos indivíduos sobre a experiência traumática reportada e se os mesmos experienciam sintomas característicos da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta edição (DSM-V, 2014), relativos a essa mesma experiência (Butler & Wolfner, 2000).

A pesquisa centrada no tema do trauma diferencia o termo memórias traumáticas, isto é, acontecimentos traumáticos de teor intrusivo e que incluem fragmentos de informação do tipo sensorial, afetivo e motor que não são totalmente apreendidos na memória e, por isso, dificultam a sua representação verbal, e o termo memórias comuns, mesmo quando são analisadas tendo em conta eventos traumáticos. A diferenciação destes dois conceitos é importante, uma vez que as observações clínicas e a investigação sugerem que poderão existir memórias diferentes em termos qualitativos quando associadas a acontecimentos traumáticos (Butler & Wolfner, 2000). Esta distinção será ainda aprofundada neste trabalho.

### 1.1.1 Breve contextualização histórica do estudo da memória e do trauma

Os debates acerca do trauma relacionado com a memória surgiram inicialmente de duas grandes questões relativas à precisão das memórias e ao efeito da sugestionabilidade nas mesmas. Em relação à primeira questão, o objetivo era perceber se o trauma prejudicaria ou melhoraria o processo de recordação das memórias, mantendo intacta a sua exatidão. Neste seguimento, surgiram pesquisas relativas à credibilidade das memórias e ao fenómeno de dissociação subjacente à recordação de memórias de teor traumático (Toth & Cicchetti, 1998).

Pierre Janet foi o primeiro clínico a estudar o tema da distorção em 1889 (Hopper & van der Kolk, 2001). Foi seguido, mais tarde, por Freud (1896) que afirmava que as memórias reprimidas de conteúdo relativo a abuso sexual contribuíam para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, hipótese que depressa abandonou, substituindo-a, em 1910, pela suposição de que este tipo de memórias eram, muitas vezes, fantasias criadas pelos próprios indivíduos (Toth & Cicchetti, 1998).

Em relação à segunda questão, seguiram-se mais tarde pesquisas importantes realizadas por Ceci e Bruck (1993/1995) sobre o efeito da sugestionabilidade em crianças e a variável da exatidão, introduzida posteriormente. Estes estudos evidenciaram que as memórias das crianças podem ser distorcidas através de questões falaciosas ou outras sugestões do mesmo tipo, pois a informação introduzida por estas questões pode alterar a recordação inicial do acontecimento. Em oposição, outras investigações indicaram que as memórias das crianças podem ser exatas (Goodman, Quas, Batterman-Faunce, Riddlesberger, & Kuhn, 1994; Peterson & Bell, 1996). Esta disparidade pode ser entendida através da utilização de diferentes metodologias na investigação, uma vez que os estudos sobre a exatidão das memórias centraram-se em avaliar as memórias sem as manipular e os estudos sobre a sugestionabilidade manipulavam algumas variáveis, de modo a confirmarem o fenómeno da distorção (Toth & Cicchetti, 1998).

Devido às dificuldades inerentes à aprovação científica de casos observados na clínica e da reprodução de experiências traumáticas no *setting* de laboratório, alguns cognitivistas negaram que o fenómeno de amnésia ou dissociação ocorra efetivamente

ou que a recuperação de memórias de teor traumático seja exata (van der Kolk, Hopper, & Osterman, 2001).

Anos mais tarde começaram as investigações sobre a relação entre memória e emoção. Tais estudos foram essenciais para perceber o efeito do trauma na memória, ou seja, o efeito (amplificador ou de diminuição) que o trauma tem na memória (van der Kolk, Hopper, & Osterman, 2001). Alguns autores defenderam a ideia de que a emoção afetava a memória, ou seja, a excitação emocional envolvida na recordação da memória causaria um melhoramento no processo de recordação da mesma (Toth & Cicchetti, 1998). Neste sentido, os trabalhos realizados por Christianson (1992a,b), Yuille e Cutshall (1986) evidenciaram que existia uma diminuição da exatidão no que toca a recordar detalhes periféricos e que os detalhes centrais eram recordados com maior clareza e exatidão (van der Kolk, Hopper, & Osterman, 2001).

Neste contexto, o estudo da natureza das memórias traumáticas despertou o interesse dos investigadores com o intuito de perceber como as pessoas que experienciaram eventos traumáticos recordavam as memórias que surgiam desse mesmo evento e como essas memórias poderiam ser avaliadas (van der Kolk, Hopper, & Osterman, 2001). Desse modo, os estudos sobre as memórias *flashbulb* demonstraram que eventos altamente emocionais eram recordados de forma mais clara e exata. Contudo, em oposição a esta linha de pensamento, investigações mostraram que este tipo de memória estava sujeita a distorções como acontecia com memórias comuns (Toth & Cicchetti, 1998).

No que toca à controvérsia de que as memórias traumáticas são distintas das memórias comuns, Howe (1998) afirmou que tal acontece devido às condições de *stress* emocional em que tais memórias estão envolvidas. Por outras palavras, este autor focou-se na diferenciação de detalhes centrais versus detalhes periféricos em relação a eventos de teor emocional. Deste modo, este estudo evidenciou que detalhes centrais eram mais recordados que detalhes periféricos e que a informação emocional significativa era mais recordada do que a menos significativa, tanto no que toca a memórias positivas como a negativas (Toth & Cicchetti, 1998).

Contudo, a maioria da investigação desenvolvida no tema centrava-se em amostras clínicas de adultos e crianças que sofreram traumas como abuso físico ou sexual, roubos, catástrofes, guerras, etc., ou que desenvolveram algum tipo de

perturbação psicológica derivada da exposição a esse tipo de eventos, como pessoas com o diagnóstico de PSPT. Posto isto, foram efetuadas algumas pesquisas de modo a avaliar as características de memórias traumáticas na população geral, tendo em conta 3 grandes temáticas: a intensidade e a vivacidade dos elementos sensoriais e afetivos presentes, o processo de fragmentação e desorganização e a coerência da narração da memória (Hopper & van der Kolk, 2001).

### 1.1.2 Perspetivas acerca da memória traumática

Antes de abordar o tema da natureza das memórias traumáticas é importante perceber que surgiram duas perspetivas fundamentais e distintas acerca do conceito.

A primeira perspetiva é denominada de argumento da memória traumática (Sotgiu & Mormont, 2008). Autores que apoiam esta perspetiva sugerem que experiências traumáticas ou indutoras de *stress* conduzem ao enfraquecimento da memória, no sentido em que tais memórias são processadas através de mecanismos cognitivos que dificultam o armazenamento de memórias de conteúdo verbal coerente (Porter & Birt, 2001). Outros autores acrescentam que alguns aspetos das memórias traumáticas são recordados de forma implícita através de fragmentos sensoriais e emocionais (como imagens visuais, sensações olfatórias, auditivas ou cinestésicas), ou seja, a memória armazena recordações de imagens não verbais e sensações fortes (van der Kolk & Fisler, 1995).

Mais tarde, Brewin, Dalgleish e Joseph (1996) focalizaram-se nos mecanismos cognitivos responsáveis pela inibição de representações de experiências traumáticas, desenvolvendo o modelo de processamento dual de PSPT. Segundo este modelo, os mecanismos inibidores fazem com que o acontecimento traumático seja processado de forma inconsciente (Porter & Birt, 2001), o que pode justificar a existência de mecanismos de defesa como a dissociação e o recalçamento. Assim, de acordo com alguns autores, pode-se supor que as recordações subjacentes a um acontecimento traumático são diferentes de um acontecimento de vida emocional de outro tipo, em termos das suas características. Resumindo, segundo estes autores, as memórias

traumáticas seriam de qualidade pobre, teriam falhas a nível de detalhes específicos ou incapacidade de verbalizar esses mesmos detalhes, conteúdo sensorial forte e níveis baixos de clareza (Porter & Birt, 2001).

A segunda perspetiva é designada de argumento de superioridade/equivalência do trauma, que propõe que acontecimentos traumáticos não diferem de acontecimentos não traumáticos no que toca ao processamento e recuperação dessas mesmas memórias (Sotgiu & Mormont, 2008), ou seja, o trauma não enfraquece, mas sim facilita a recordação de eventos desse teor, pois torna o seu conteúdo mais vívido e explícito (Porter & Birt, 2001). Algumas pesquisas sustentaram esta perspetiva, o que não está de acordo com a primeira perspetiva.

### 1.1.3 Natureza das memórias traumáticas

Como foi mencionado anteriormente, o interesse pela natureza das memórias traumáticas iniciou-se com a preocupação por parte dos cientistas em perceber se as memórias traumáticas se diferenciavam de memórias comuns, ou como Shobe e Kihlstrom (1997) questionaram: Será a memória traumática especial? (Porter & Peace, 2007), frase que se tornou o título do próprio artigo. Como tal, foi sinalizado a importância de explorar o conteúdo factual e a intensidade emocional presentes nas memórias traumáticas (Zoellner, Sacks, & Foa, 2001). Nesse sentido, e dada a inconsistência dos achados científicos, a investigação centrou-se no estudo da exatidão das memórias de teor traumático. Surgiram assim dois grandes grupos de pesquisa com metodologias distintas: um grupo que estudou relatos de acontecimentos pessoais significativos das pessoas e outro grupo que se centrou em acontecimentos culturalmente significativos (van der kolk & Fisler, 1995).

De acordo com o primeiro grupo de estudos, as memórias eram precisas e tendiam a permanecer estáveis ao longo do tempo, ou seja, existia uma conservação das memórias de conteúdo pessoal (van der Kolk & Fisler, 1995).

O segundo grupo centrou-se em eventos culturalmente conhecidos como o assassinato do Presidente Kennedy, a explosão da Nave Espacial *Challenger* ou o

atentado terrorista de 11 de setembro de 2001. Brown e Kulik (1977) nominaram as memórias relativas a este tipo de eventos de memórias *flashbulb*. Os autores propuseram que as memórias de eventos chocantes ou emocionalmente fortes eram detalhadas, vívidas, mantendo-se intactas ao longo do tempo (van der Kolk & Fisler, 1995) e, por isso, imunes ao fenômeno de distorção ou amnésia, ideia que mais tarde foi refutada (Nourkova, Bernstein, & Loftus, 2004). Winograd e Neisser (1992) acrescentaram que este tipo de memória também conservava informações relativas a aspectos pessoais específicos tais como a localização, o tempo, os pensamentos e sentimentos relacionados, entre outros (Christianson & Lindholm, 1998). Também, Rubin e Kozin (1984) afirmaram que eventos públicos não constituíam eventos traumáticos, tendo em conta que o DSM-IV definia acontecimento traumático como algo que constitui uma ameaça de morte ou acidente grave para o próprio ou outros, ser testemunho de um acontecimento com as mesmas características ou saber de alguém próximo que sofreu desse acontecimento. Além disso, o tipo de resposta a esse acontecimento deveria ser, para os adultos, medo intenso, sentimento de incapacidade e horror e, para as crianças, comportamento desorganizado ou agitado (Byrne, Hyman, & Scott, 2001).

Para além da preocupação acerca da consistência da memória deste tipo de eventos, surgiram também questões sobre a certeza dos relatos das pessoas que recordavam estes eventos. Segundo Neisser e Harsch (1992), as memórias *flashbulb* não são imunes ao deterioramento de detalhes específicos, pois o seu conteúdo advém da reconstrução do acontecimento (Christianson & Lindholm, 1998).

### 1.1.4 Memória e Emoção

Nas últimas décadas emergiram vários estudos no âmbito do papel das emoções na memória (Sotgiu & Mormont, 2008). Os estudos obtiveram respostas distintas no que concerne à exatidão e consistência da recordação de eventos emocionais na memória. No entanto, a principal descoberta através de estudos em amostras de crianças

e adultos foi de que as memórias traumáticas tendem a ser exatas e persistentes ao longo do tempo e o seu conteúdo é emocionalmente forte (Christianson & Lindholm, 1998).

Para além disso, a literatura demonstrou que a recordação de acontecimentos emocionais é menos exata no que diz respeito a detalhes periféricos do que a detalhes centrais (Christianson & Lindholm, 1998). Neste âmbito, foram realizadas algumas pesquisas de modo a perceber as diferenças entre detalhes centrais e periféricos. Autores como Christianson e Loftus (1990) e Wessel e Merckelbach (1994) descobriram que os detalhes centrais de um evento traumático estavam associados a uma intensidade emocional maior do que os detalhes periféricos (Butler & Wolfner, 2000).

Quanto à forma como foi entendido o impacto da emoção na memória, pode-se dividir em duas perspetivas: a perspetiva clínica, que se centrou nas memórias de sujeitos traumatizados que experienciaram acontecimentos altamente stressantes ou violentos (por exemplo, homicídios, tiroteios, roubos, abusos sexuais) ou eventos culturalmente marcantes como o assassinato do Presidente Kennedy, e a perspetiva cognitiva que se focou em memórias de eventos simulados em contexto laboratorial que eram altamente emocionais, mas não traumáticos devido a questões éticas (por exemplo listas de palavras, slides com imagens ou trechos de filmes) (Sotgiu & Mormont, 2008).

Como tal, foi importante inicialmente distinguir entre eventos traumáticos e eventos emocionais, pois “todos os eventos traumáticos têm um elemento emocional, mas nem todos os eventos emocionais são traumáticos” (Sotgiu & Mormont, 2008, pág. 450).

Assim, de acordo com a investigação realizada com amostras da população geral, grande parte das pessoas relata ter sido exposta a alguma forma de evento traumático na sua vida. Os acontecimentos traumáticos mais comuns envolvem agressão física e sexual, roubo, morte inesperada de um parente próximo, acidente de automóvel e desastres naturais (tsunami, terramoto, furacão, tornado) ou causados pelo Homem (incêndio, acidente industrial, guerra). As manifestações psicológicas derivadas destes acontecimentos englobam *stress* agudo ou crónico, ansiedade, depressão, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), abuso de substâncias e distúrbios psicossomáticos (Sotgiu & Mormont, 2008).

No que diz respeito a eventos emocionais, a pesquisa realizada sobre experiências do quotidiano demonstrou que os eventos emocionais mais frequentes

envolviam relações com o Outro (família, parceiro amoroso, amigos), situações do contexto profissional, realização de objetivos pessoais e mudanças de vida (Sotgiu & Mormont, 2008).

Ao contrário do que ocorre com eventos traumáticos, eventos emocionais não são tão stressantes, pois variam de acordo com a valência (positiva e negativa), a intensidade do sentimento e as reações físicas que provoca na pessoa. Ou seja, constituem acontecimentos intensos de curta duração e o seu impacto na saúde mental é menos intenso e prolongado (Sotgiu & Mormont, 2008).

Posto isto, as primeiras investigações sobre as memórias traumáticas versus emocionais iniciaram-se com Tromp, Koss, Figueredo e Tharan (1995) e, posteriormente, com Byrne, Hyman e Scott (2001), que demonstraram diferenças na recordação de memórias traumáticas e memórias emocionais de ambas as valências. Diversas pesquisas evidenciaram os mesmos resultados, apesar de outros estudos sugerirem não existir diferenças (Butler & Wolfner, 2000; Gray & Lombardo, 2001). Devido a esta discrepância, algumas investigações decidiram excluir as memórias de emoções negativas, focalizando somente nas memórias emocionais traumáticas e positivas (Sotgiu & Mormont, 2008).

Relativamente ao estudo sobre a memória negativa especificamente, destacam-se: os estudos laboratoriais e relatos retrospectivos de populações não clínicas, como por exemplo, estudantes universitários. O primeiro tipo de investigação demonstrou que as pessoas recordavam melhor eventos emocionais negativos do que eventos neutros, e que recordavam mais detalhes centrais do que detalhes periféricos (Burke, Heuer, & Reisberg, 1992; Christianson & Loftus, 1987; Heuer & Reisberg, 1990). O segundo tipo de estudos evidenciou os mesmos resultados, com exceção da associação entre o nível de emoção e a recordação de detalhes periféricos, que não se verificou (Christianson & Loftus, 1990; Wessel & Merckelbach, 1994). Em suma, os resultados indicaram boa qualidade de memória no que toca a detalhes centrais de eventos emocionais negativos, mas memória limitada para detalhes periféricos do mesmo evento (Butler & Wolfner, 2000).

Também foram realizadas algumas investigações neste tema com amostras clínicas específicas, como paciente com diagnóstico de PSPT, mas os resultados mostraram ser inconsistentes (Sotgiu & Mormont, 2008).

### 1.1.5 Memórias comuns versus memórias traumáticas

Na literatura, o termo “memória comum” pode ser denominado de várias formas como memória narrativa, memória explícita e memória declarativa. Contrariamente, memória traumática é denominada de memória somatossensorial, memória implícita e memória icônica, isto é, simbólica ou representacional (Whitfield, 1995).

Em termos de algumas características essenciais que diferenciam estes dois tipos de memória destacam-se: a maior facilidade de recordação e melhor compreensão das memórias comuns em comparação com as memórias traumáticas; constituírem memórias mais conscientes, voluntárias e flexíveis, enquanto que as memórias traumáticas podem ser involuntárias e inconscientes; existir uma linha temporal nas memórias comuns enquanto que as memórias traumáticas ficam “congeladas” no tempo; o impacto positivo na identidade das memórias comuns, ao contrário do que acontece com as memórias traumáticas que criam maior dissonância, dissociação e afastamento em relação à realidade interna; e a maior facilidade de expressão de sentimentos e emoções associada a memórias comuns do que a memórias traumáticas, pois nestes casos o indivíduo tende a ocultar a dor causada pelo trauma (Whitfield, 1995).

Como já foi indicado em capítulos anteriores, os estudos acerca da memória e da emoção permitiram distinguir e caracterizar memórias associadas a experiências negativas ou desagradáveis e memórias positivas ou agradáveis. Investigações desenvolvidas por autores como van der Kolk e Fisler (1995), demonstraram que o nível de detalhe e o fenómeno de reconstrução associado a memórias ditas esquecidas ocorria em memórias negativas, identificadas como traumáticas (Porter & Birt, 2001).

### 1.1.6 Processo de esquecimento/amnésia dissociativa

Como é descrito na literatura e na investigação, existem mecanismos cognitivos responsáveis pela recordação de um acontecimento traumático, bem como pela exclusão do efeito negativo desse mesmo acontecimento na consciência. Para além disso, a capacidade de esquecer certas recordações aplica-se quer a eventos emocionais

traumáticos quer a eventos do cotidiano, geralmente de conteúdo negativo ou desagradável. Contudo, este processo de esquecimento não implica uma perda total da recordação, mas uma maior dificuldade em acedê-la de forma consciente (Christianson & Lindholm, 1998).

Posto isso, e considerando que a recordação de memórias desagradáveis pode sofrer falhas tendo em conta a exatidão da informação armazenada na memória, os relatos de traumas vividos numa idade precoce não são consistentes. As crianças, devido à falta de recursos para lidar com o trauma, necessitam da ajuda de adultos para poderem ultrapassar essas experiências através da expressão de sentimentos e emoções. Quando tal não acontece, as crianças poderão adotar estratégias como recordar certos aspetos do evento e não outros ou inibir os sentimentos associados ao dado evento, abrindo a possibilidade de uma reativação do trauma na vida adulta (Christianson & Lindholm, 1998).

Através dos relatos obtidos pela clínica, sabe-se que as memórias traumáticas não estão sempre acessíveis à recuperação voluntária. Muitas vezes, a recordação é acionada de forma aleatória através de pistas ambientais que podem estar associadas ao conteúdo do acontecimento traumático. Segundo Berntsen (1996a,b,1998), as pesquisas laboratoriais que estudam a recuperação de memórias involuntárias, ou seja, memórias que surgem de forma espontânea no quotidiano do indivíduo, resultam em evidências mais consistentes, pois são este tipo de memórias que estão associadas às memórias traumáticas. Quando estes tipos de memórias (involuntárias) se tornam persistentes e intrusivas para o indivíduo constituem o que é conhecido na literatura de *flashbacks*. Segundo a APA (1994), *flashbacks* são definidos como o sentimento ou ação despoletada pela crença de que o indivíduo está a reviver o evento traumático, a um nível mais intenso, que outro tipo de memórias. Autores como Kline e Rausch definem *flashbacks* traumáticos como “memórias tão vívidas que são percecionadas como o reviver do passado no presente” (1985, pág. 383). A investigação neste tópico demonstra a presença das memórias traumáticas involuntárias. Apesar disso, as memórias traumáticas involuntárias não são consideradas recordações autobiográficas verdadeiras porque constituem experiências ambas negativas e positivas (Berntsen, 2001).

Também alguns autores distinguem *flashbacks* de memórias traumáticas, pois segundo eles, memórias que são recordadas de forma deliberada são diferentes de revivências espontâneas, tal como a intensidade da emoção que está associada. Autores como Herman (1992) nomearam a experiência de reviver o acontecimento traumático de memórias congeladas, devido ao seu aspeto repetitivo e inalterável (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996).

Apesar do debate vigente acerca do processo de recordação de memórias traumáticas, em que um lado defende que estas memórias ficam gravadas na mente e o outro lado afirma que estas podem ser bloqueadas na memória, reconhece-se que a memória não funciona como um gravador e, por isso, a recordação constitui uma reconstrução da situação vivida (McNally, 2005). Deste modo, surgiu o fenómeno da amnésia dissociativa como hipótese para explicar as memórias “eliminadas” da memória.

De acordo com alguns teóricos, a amnésia dissociativa ou psicogénica, como está descrita no DSM-V (2014), relativo ao diagnóstico de PSPT, refere-se à “incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático” (pág. 428) (McNally, 2005). Para além disso, este fenómeno também foi descrito em várias investigações. Neste ponto, a ideia defendida é que a amnésia dissociativa resulta de memórias traumáticas reprimidas (Wessel & Merckelbach, 1994).

Nesta linha, a repressão como mecanismo de defesa teorizado pela psicanálise, constitui um mecanismo com o intuito de reter certas informações no inconsciente. Segundo a teoria, quando a informação é reprimida esta não fica acessível à consciência e, por isso, existe uma maior dificuldade em recordar o acontecimento, apesar de existirem situações que ajudam à sua recordação, pois estas memórias podem continuar a causar problemas ao indivíduo. Contudo, existe pouca evidência científica que comprove esta teoria (Byrne, Hyman, & Scott, 2001).

Relativamente à origem da amnésia dissociativa, segundo a hipótese de Christianson (1992b) (hipótese do foco atencional), o foco de um indivíduo perante um evento traumático está direcionado à informação relevante presente nele, ou seja, a detalhes centrais. A estes detalhes está associado um processo mais elaborativo, o que permite serem melhor recordados que detalhes irrelevantes ou periféricos (Wessel & Merckelbach, 1994). Contrariamente a esta visão, McNally (2005) observou através de

pesquisas desenvolvidas com amostras de crianças em idade precoce, que memórias de eventos traumáticos não estavam bloqueadas na consciência, porque as crianças não se recordavam desses eventos devido à sua idade. Por outras palavras, os indivíduos não se esqueciam do evento traumático porque não o entendiam como traumático naquela altura das suas vidas.

## 1.2 O papel das memórias traumáticas na psicopatologia

De acordo com a visão mais aceite no meio científico, baseada na perspetiva cognitiva, o trauma tem impacto nos esquemas cognitivos pessoais, tornando difícil o processamento de informação e conduzindo a uma falha de integração das narrativas pessoais. O esperado seria que o esquema se moldasse à memória traumática de modo a poder ser recordada (Berntsen & Rubin, 2007). Contudo, Berntsen e Rubin (2006) defendem uma ideia diferente, afirmando que um acontecimento traumático constitui um evento único, espontâneo e extremamente emocional e que, por isso, tem impacto nos esquemas cognitivos do indivíduo, mas que ao contrário do que a literatura evidencia, os esquemas podem realçar a memória (Berntsen & Rubin, 2007). Os autores argumentam que, devido ao conteúdo emocional e diferente das memórias traumáticas, estas tornam-se acessíveis e podem tornar-se um ponto de referência na identidade dos indivíduos, o que está de acordo com o termo criado pelos mesmos autores de centralidade do evento. Nas palavras destes autores, centralidade do evento refere-se ao grau em que um acontecimento negativo stressante se torna central para a identidade de um indivíduo e que se pode tornar um ponto de referência para dar significado a outros acontecimentos e a expectativas para o futuro.

Posto isto, vários estudos têm demonstrado que as memórias traumáticas desempenham um papel crucial no processamento cognitivo e emocional dos indivíduos, e que estão associadas a vários sintomas psicológicos como a Depressão, a Ansiedade, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e o *Stress* (Berntsen, & Rubin, 2007; Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; O' Toole, Watson, Rosenberg, & Berntsen, 2016; Robinaugh & McNally, 2011; Rubin, Schrauf, & Greenberg, 2003; Thomsen &

Berntsen, 2009). Em relação às Perturbações Alimentares, a literatura evidencia uma relação entre memórias de conteúdo traumático em pessoas com problemas alimentares, tais como relatos de abuso sexual na infância ou maus tratos (Afifi et al., 2017; Dansky, Brewerton, O'Neil, & Kilpatrick, 1997; Mitchell, Mazzeo, Schlesinger, Brewerton, & Smith, 2012; Molendijk, Hoek, Brewerton, & Elzinga, 2017).

### 1.2.1 Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT)

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) é descrita na literatura como um distúrbio relativo à memória autobiográfica, no qual a memória traumática configura uma narrativa incoerente e desintegrada na história de vida do indivíduo (Berntsen, Willert, & Rubin, 2003). Caracteriza-se por uma reação a acontecimentos traumáticos tais como assaltos, catástrofes naturais ou acidentes graves, que despertam sintomas como revivência indesejada do acontecimento, hiperexcitação, dormência emocional (*numbing*) e evitamento de estímulos. A maioria dos indivíduos experienciam alguns destes sintomas imediatamente a seguir à ocorrência do acontecimento, mas recupera passado um curto período de tempo. Contudo, no caso de alguns indivíduos os sintomas parecem persistir (Ehlers & Clark, 2000).

De acordo com as teorias de processamento de informação da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, as falhas observadas relativas ao processamento adequado da informação estão implícitas à própria perturbação. Neste sentido, Foa e Riggs (1993), afirmaram que as recordações de memórias de eventos traumáticos são mais fragmentadas e desorganizadas, particularmente nos pacientes com PSPT, do que as recordações de memórias comuns (Amir, Stafford, Freshman, & Foa, 1998).

De modo a avaliar as características descritas acima, foram realizados vários estudos com abordagens diferentes. A primeira abordagem centrou-se nas questões da atenção e do enviesamento de informação relevante ao trauma em pacientes com e sem PSPT, que concluiu que pacientes com PSPT demonstram enviesamento da atenção para informação traumática relevante. A segunda abordagem focou-se nas particularidades distintas de narrativas de memórias traumáticas e não traumáticas,

concluindo que as narrativas associadas a memórias traumáticas detinham uma conotação mais emocional e ambígua. A terceira abordagem centrou-se na exatidão das narrativas de pacientes com PSPT, que indicou que estes pacientes relatam narrativas com falhas e descrições pouco concretas (Amir, Stafford, Freshman, & Foa, 1998).

Estudos relativos a acontecimentos traumáticos através de amostras de população geral ou clínica (por exemplo, sobreviventes de guerra) demonstraram uma relação positiva entre a experiência traumática e o diagnóstico de PSPT (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Davidson, Smith, & Kudler, 1989; Davidson, Swartz, & Storck, 1985; Green, Lindy, Grace, & Leonard, 1992; McFarlane & Papay, 1992; Mellman, Randolph, Brawman-Mintzer, & Milanese, 1992; Norris, 1992; Sierles, Chen, McFarland, & Taylor, 1983).

A comorbilidade entre PSPT e outros distúrbios psiquiátricos, sobretudo ansiedade e depressão, também foi observada em vários estudos. Contudo, outros estudos revelaram o aparecimento de distúrbios psiquiátricos após uma experiência traumática, na ausência da PSPT. Uma explicação plausível para este fenómeno prende-se com o facto das características subjacente a PSPT serem semelhante a outros distúrbios psiquiátricos. Por outras palavras, a forma como o acontecimento é avaliado e a consequente reação emocional são exemplos de características que podem influenciar o aparecimento de várias perturbações, perante um evento traumático (Creamer, McFarlane, & Burgess, 2005).

Em relação a estudos realizados no tema da centralidade do evento, um aspeto integrante na caracterização de memórias traumáticas, os resultados obtidos indicaram uma forte associação com PSPT num número variado de amostras tais como: estudantes universitários (Boals, 2010; Rubin, Boals, & Berntsen, 2008); ex-combatentes de guerra (Brown, Antonius, Kramer, Root, & Hirst, 2010); população geral (Barton, Boals, & Knowles, 2013; Bernard, Whittles, Kertz, & Burke, 2015; Berntsen, Rubin, & Siegler, 2011; Berntsen & Thomsen, 2005; Boals, Hayslip, Knowles, & Banks, 2012; Boals & Ruggero, 2016; Boals & Schuettler, 2011; Rubin, Boals, & Hoyle, 2014) e vítimas de abuso sexual (Robinaugh & McNally, 2011).

## 1.2.2 Ansiedade

O interesse do impacto de acontecimentos ou experiências negativas em pacientes com ansiedade tem sido grande no mundo da investigação. Tal deve-se ao facto de as pessoas com este tipo de perturbação relatarem que acontecimentos negativos impactam as suas vidas de forma constante, o que pode ser explicado pelo modo como o indivíduo percebe o dado evento. Segundo esta linha de pensamento, o evento traumático é visto como central à identidade ou história de vida, o que permite ao indivíduo dar significado e estruturar a sua narrativa de vida, bem como as concepções acerca de si (O'Toole, Watson, Rosenberg, & Berntsen, 2018).

Neste sentido, foram realizadas algumas investigações que associaram a centralidade do evento negativo e sintomas de ansiedade (Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2013; O' Toole, Watson, Rosenberg, & Berntsen, 2016; Robinaugh & McNally, 2010). Apesar de serem investigações que avaliaram memórias traumáticas específicas, como memórias de vergonha, ou patologias específicas, como perturbação de pânico, todos evidenciaram relatos de pessoas que avaliaram as suas experiências ansiosas como centrais à sua identidade (O'Toole, Watson, Rosenberg, & Berntsen, 2018).

Conforme as concepções cognitivas acerca da perturbação de ansiedade, os indivíduos que possuem este diagnóstico tendem a processar informações relativas à ameaça de forma parcial. Ou seja, os indivíduos focalizam a sua atenção em estímulos relacionados à ameaça, em comparação a outros estímulos, e interpretam informações de forma dúbia como se estivessem perante a situação temida (Wenzel, Pinna, & Rubin, 2004).

Neste sentido, estudos que avaliaram indivíduos com Perturbação de Pânico (PP) e Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), demonstram que a memória relacionada à situação ameaçadora evidencia algumas falhas, o que torna o seu conteúdo ambíguo. Em contraste, outras investigações que estudaram outras duas perturbações do foro ansioso [Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) e Fobia Social (FS)] não encontraram essas falhas. No entanto, existem exceções a estas descobertas, como a presença de comorbilidade de outras perturbações psiquiátricas como a depressão, que podem confundir os resultados (Wenzel, Pinna, & Rubin, 2004).

### 1.2.3 Depressão

De acordo com os relatos obtidos por indivíduos com diagnóstico de depressão, existem memórias intrusivas de valência negativa que são sentidas como altamente vívidas e que interferem com a vida quotidiana destas pessoas. A investigação desenvolvida com este tipo de amostra evidencia semelhanças em relação às recordações intrusivas vivida por pessoas com Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, bem como à forma como o indivíduo percebe a memória intrusiva (Newby & Moulds, 2011).

Os modelos cognitivo-comportamentais sobre a depressão sublinham o papel importante das crenças negativas globais acerca do self. Evidenciam que um indivíduo deprimido, quando vivencia um acontecimento negativo, vai ao encontro da crença existente sobre a sua identidade, despoleta um ciclo de atribuição do significado desse evento a outros semelhantes e a expectativas para o futuro, reforçando as cognições depressivas (Newby & Moulds, 2011).

Diversas investigações no mesmo âmbito demonstraram que pacientes depressivos tem dificuldades em recordar memórias pessoais específicas e apresentam fracas habilidades em resolver problemas, o que pode comprometer o processo de recuperação destes pacientes (McNally, 1997).

Apesar da pouca pesquisa desenvolvida no tema da centralidade do evento e a depressão, alguns autores demonstraram uma associação positiva entre ambos (Berntsen & Rubin, 2006, 2007; Berntsen, Rubin, & Siegler, 2011; Boals, 2010; Boelen, 2012).

### 1.2.4 *Stress*

O *stress* representa um sintoma recorrente na vida quotidiana das pessoas. Inicialmente, este sintoma era visto como uma resposta fisiológica e evolutiva de um organismo perante um perigo percebido como ameaçador (Morgado, Cerqueira, & Sousa, 2017). Atualmente, o conceito de *stress* é visto a partir da lente da neurobiologia, como uma reação cognitiva a situações stressantes que despertam mecanismos de

confrontação para lidar com elas e que, conseqüentemente, causam impacto na saúde e bem-estar físico, psicológico e emocional do indivíduo (Contrada & Baum, 2011).

Mais especificamente, o *stress* de teor traumático é definido por Reyes e seus colegas (2008), como uma resposta fisiológica e psicológica a situações que põe em perigo a integridade física do indivíduo ou de outrem, e que despoleta sensações como medo intenso, sentimento de impotência ou horror, que incapacitam o indivíduo de lidar com o acontecimento. Outros autores como van der Kolk, McFarlane e Weisaeth (1996), definem stressores traumáticos como acontecimentos ou experiências que influenciam a forma como as pessoas percebem a si mesmos e aos outros, criando uma forma própria de ver o mundo. Deste modo, o indivíduo procura novos significados de forma a poder processar a experiência, levando assim a uma recriação do seu mundo interno (Reyes, Elhai, & Ford, 2008).

Uma vez que o *stress* é um componente essencial que caracteriza a Perturbação de *Stress* Pós-Traumática (PSPT), este conceito não é estudado isoladamente em relação ao trauma.

### 1.2.5 Perturbações Alimentares

As perturbações alimentares têm sido estudadas nos últimos anos em termos da sua associação com as questões do trauma e da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), nomeadamente fatores relacionados com a predisposição, precipitação e perpetuação dos distúrbios alimentares (Brewerton, 2019).

De acordo com o DSM-V (2014), os distúrbios alimentares incluem patologias como a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa, a Perturbação de Compulsão Alimentar, Pica, a Perturbação de Ruminação e a Perturbação Alimentar Restritiva/Evitativa. Para além disso, abrange também o distúrbio alimentar especificado e não especificado.

A maioria dos estudos realizados neste tema centraram-se em acontecimentos traumáticos do tipo negligência precoce, maus tratos e abuso sexual na infância (Lameiras, 2013).

Neste sentido, foram realizados 3 estudos de origem americana de grande relevância devido à representatividade das amostras. O primeiro estudo (Dansky, Brewerton, O'Neil, & Kilpatrick, 1997), avaliou uma amostra feminina e observou que acontecimentos traumáticos, como violação sexual e agressão física, foram mais relatados por mulheres com diagnóstico de bulimia nervosa do que por mulheres sem qualquer distúrbio alimentar. O segundo estudo (Mitchell, Mazzeo, Schlesinger, Brewerton, & Smith, 2012), examinou uma amostra constituída por homens e mulheres e observou que, em ambos os sexos, ocorreram mais relatos de algum tipo de trauma por indivíduos com algum distúrbio alimentar, em comparação com aqueles sem esse diagnóstico. O terceiro estudo (Afifi et al., 2017), analisou uma amostra de 36,000 adultos e concluiu que maus tratos (físicos ou psicológicos) estavam associados a algum tipo de perturbação alimentar.

É de salientar uma meta-análise realizada por Molendijk e seus colegas, em 2017, que avaliou uma amostra clínica de indivíduos com perturbações alimentares, bem como indivíduos com outras perturbações psiquiátricas e uma amostra controle de pessoas saudáveis, onde se observou uma correlação positiva entre maus tratos infantis (físico, emocional ou abuso sexual) e todos os tipos de perturbação alimentar. A prevalência foi maior na amostra clínica do que quando comparado com a amostra psiquiátrica ou de controle.

Outras investigações realizadas nos últimos quinze anos evidenciaram uma associação entre a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e distúrbios alimentares. Alguns autores defendem a hipótese de que os indivíduos que experienciam acontecimentos traumáticos podem estar mais propensos a ter dificuldades na regulação emocional, o que pode levar ao desenvolvimento de uma perturbação alimentar como forma de regular as emoções negativas (Breland, Donalson, Dinh, & Maguen, 2017).

Em suma, todos os estudos indicaram maior prevalência de acontecimentos traumáticos, particularmente traumas pessoais, em indivíduos com perturbações alimentares quando comparados com pessoas sem esse diagnóstico (Brewerton, 2019).

Como se pode observar nos estudos citados acima, a maioria das pesquisas analisou maioritariamente a relação entre maus tratos e abuso sexual e a perturbação alimentar, o que torna o tema um assunto ainda bastante vasto em termos de pesquisa, que necessita de ser explorado e aprofundado.

## 2. Objetivos

---

O principal objetivo desta investigação prende-se com o estudo das memórias traumáticas e da sua relação com alguns distúrbios psicológicos, tal como são percecionados na população geral.

Em termos mais específicos, pretende-se:

Objetivo 1: Estudar a relação entre as memórias traumáticas e a centralidade do evento traumático, bem como do impacto desse evento numa população não clínica.

Objetivo 2: Verificar se existe uma relação entre as memórias traumáticas e sintomas psicopatológicos de ansiedade, depressão, *stress* e relativos a PSPT e às Perturbações Alimentares, numa população não clínica.

### 3. Metodologia

---

#### 3.1 Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 100 sujeitos da população geral, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos. A percentagem equivalente dos participantes para cada sexo é de 69% feminino (n=69) e de 31% masculino (n=31). A idade média corresponde a 30.39 (DP=11.648) e 30.55 (DP=11.075), respetivamente.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra, considerando as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, profissão e rendimento líquido mensal dos sujeitos.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra (N=100)

	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	19	59	30.44	11.418
<b>Escolaridade</b>	4	18	14.10	3.080
<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>		
Solteiro	76	76.0		
União de Facto	20	20.0		
Divorciado	4	4.0		
<b>Profissão</b>				
Estudante	41	41.0		
Trabalhador	55	55.0		
Desempregado	2	2.0		
Reformado	2	2.0		
<b>Rendimento</b>				
Até 500€	41	41.0		
De 500-600€	11	11.0		
De 601-700€	8	8.0		
De 701-800€	10	10.0		

De 801-900€	8	8.0
De 901-1000€	6	6.0
A partir de 1000€	16	16.0

Nota: N= Número de sujeito; Min= Mínimo; Máx=Máximo; M=Média; DP= Desvio-padrão

## 3.2 Instrumentos

O protocolo de investigação é constituído pelos seguintes instrumentos:

### 3.2.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído de modo a caracterizar especificamente a amostra obtida, através de informações como o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão e o rendimento líquido mensal do sujeito correspondente.

### 3.2.2 Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011)

A Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (IES-R) é um instrumento de autorrelato que tem como intuito avaliar o sofrimento subjetivo que ocorre de um acontecimento específico. A escala é constituída por 22 itens, formando 3 subescalas distintas: intrusão (8 itens), evitamento (8 itens) e hiperativação (6 itens). Estas três subescalas medem as características presentes em sintomas associados ao trauma, que se associam aos critérios para a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), da DSM-V

O estudo das memórias traumáticas e a sua associação com sintomatologia psicopatológica na população geral

(DSM-V, 2014). O formato de resposta corresponde a uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 0 (Nada) a 4 (Muitíssimo) (Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011).

Relativamente à consistência interna, a versão original da IES-R mostrou um coeficiente de *alpha* de .96, o que corresponde a uma consistência elevada. Para as subescalas, os coeficientes variaram entre .87 e .92 para a subescala de intrusão, .84 e .86 para a subescala de evitamento, e .79 e .90 para a subescala de hiperativação (Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011). Este estudo apresenta uma consistência interna elevada para a escala na sua totalidade ( $\alpha=.96$ ), bem como para as subescalas correspondentes (Intrusão:  $\alpha=.93$ ; Evitamento:  $\alpha=.89$  e Hiperativação:  $\alpha=.89$ ).

### 3.2.3 Escala da Centralidade do Acontecimento (CES) (Berntsen & Rubin, 2006; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010)

A Escala da Centralidade do Acontecimento (CES) foi inicialmente desenvolvida por Berntsen e Rubin, em 2006, com o objetivo de avaliar em que medida a memória de um evento causador de *stress* constituiria um ponto de referência central para a identidade do indivíduo e contribuiria para a atribuição de significado a outros eventos de vida. Deste modo, a escala avalia três aspetos importantes das memórias pessoais: ponto de referência que interfere no quotidiano, ponto de viragem na história de vida e elemento central da identidade (Berntsen & Rubin, 2006).

Este questionário é de autorrelato e constituído por 20 itens, cotado numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 1 (Discordo totalmente) e 5 (Concordo totalmente). A cotação revela que quanto maior a pontuação, mais o acontecimento stressor é percecionado como central para a identidade pessoal do indivíduo (Berntsen & Rubin, 2006).

O estudo original da CES revelava uma consistência interna elevada ( $\alpha=.94$ ) e correlações com a PCL ( $r=.38$ ) e o BDI, relativo à depressão ( $r=.23$ ) (Berntsen & Rubin, 2006). O presente estudo evidencia um alfa de .95, o que corresponde a uma elevada consistência interna.

O estudo das memórias traumáticas e a sua associação com sintomatologia psicopatológica na população geral

### 3.2.4 *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* for DSM-V (PCL-V) (Weathers et al., 2013; versão portuguesa de Ferreira, Ribeiro, Santos, & Maia, 2016)

A *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* relativo ao DSM-V (PCL-V), é um instrumento de autorrelato constituído por 20 itens que mede a presença e severidade de sintomas associado à Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT). Mais especificamente, este questionário pretende avaliar indivíduos com PSPT, examinar as mudanças de sintomas provenientes do tratamento e constituir um diagnóstico provisório de PSPT (*National Center for PTSD*, 2016).

Esta escala apresenta um formato de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos, que varia de 0, que corresponde a “Nada”, e 4, que corresponde a “Extremamente”. A cotação é feita através da soma de todos os itens, o que permite obter uma pontuação total que varia entre 0 e 80. Para obter uma pontuação relativa à severidade do sintoma de cada cluster, somam-se os itens relativos a cada cluster (Cluster B: itens 1 a 5; Cluster C: itens 6 e 7; Cluster D: itens 8 a 14 e Cluster E: itens 15 a 20) (*National Center for PTSD*, 2016).

O presente estudo apresenta uma consistência interna elevada ( $\alpha=.95$ ).

### 3.2.5 Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

As Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) é um questionário composto por 21 itens que se associam a três escalas: Depressão, Ansiedade e *Stress*. Os autores responsáveis pela construção deste instrumento caracterizam a depressão como a falta de autoestima e motivação associada à descrença do indivíduo em alcançar objetivos de vida significativos para si; a ansiedade como uma associação entre estados

contínuos de ansiedade e respostas intensas de medo; e o *stress* como um estado de excitação e tensão contínuo, onde o indivíduo demonstra dificuldades em lidar com a frustração (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Assim, o propósito desta escala é avaliar em que medida o sujeito experienciou cada sintoma de teor emocional negativo, na última semana. As respostas obtidas são medidas numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, em que 0 corresponde a “Não se aplicou nada a mim”, e 3 que corresponde a “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados são obtidos através da soma dos itens que correspondem a cada escala, o que permite obter 3 notas, que variam entre 0 e 21. Pontuações mais elevadas em cada escala sugerem estados afetivos mais negativo (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

A versão portuguesa da EADS-21 apresentou alfas de *Cronbach* elevados, que correspondiam a .85 para a escala de depressão, .74 para a escala de ansiedade e .81 para a escala de *stress* (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). O nosso estudo indicou valores de *alpha* relativos à escala de ansiedade de .89, à escala de depressão de .90 e à escala de *stress* de .89, que traduzem uma elevada consistência interna.

### 3.2.6 Escala de *Stress* Percecionado (PSS-10) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; versão portuguesa de Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010)

A Escala de *Stress* Percecionado é um instrumento de autorrelato conhecido por medir até que ponto as experiências de vida no geral são percebidas como indutoras de *stress*, através de 10 itens. Deste modo, permite obter uma avaliação global do *stress* (Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010).

As respostas a esta escala são assinaladas através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muito frequente). A pontuação total varia entre 0 e 40. Para obter a pontuação final é importante ter em consideração que alguns itens se

referem a situações positivas, sendo que necessitam de ser invertidos na cotação (Trigo, Canudo, Branco &, Silva, 2010).

O estudo português da PSS-10 apresentou um coeficiente *alpha* de Cronbach elevado, correspondendo a .87 (Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010). O nosso estudo indica valores de *alpha* de .82 que aponta para uma consistência interna elevada.

### 3.2.7 *Eating Disorder Examination - Questionnaire* (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 1994; versão portuguesa de Machado et al., 2014)

O *Eating Disorder Examination - Questionnaire* (EDE-Q) é um instrumento de autorrelato amplamente conhecido por avaliar comportamentos e atitudes relativos a distúrbios alimentares. É uma escala que derivou do *Eating Disorder Examination* (EDE) de Fairburn e Cooper, de 1993 (Machado et al., 2014).

Este questionário é constituído por 36 itens, em que os itens 1-15 e 29-36 são respondidos tendo em conta uma escala de 7 pontos, e que estão associados a 4 subescalas: Restrição Alimentar, Preocupação alimentar, Preocupação com a forma corporal e Preocupação com o peso. A pontuação total é calculada através da divisão entre o valor total das subescalas e o número de subescalas. Os restantes itens (16-28) são respondidos através de uma escala dicotómica (Sim e Não), onde também é pedido ao indivíduo que indique o número de vezes em que ocorreu a situação descrita no item apresentado anteriormente. Todos os itens são referentes a um período de tempo de 28 dias (Machado et al., 2014).

A consistência interna da versão portuguesa do EDE-Q é elevada, sendo que o *alpha* de Cronbach para a pontuação total corresponde a .97, e para as quatro subescalas varia entre .84 e .93. (Machado et al., 2014). O presente estudo evidencia uma consistência interna elevada, com um *alpha* correspondente à pontuação total elevado ( $\alpha=.92$ ) e valores de *alpha* elevados em relação às quatro subescalas, que variam entre .80 e .90.

### 3.3 Procedimentos de investigação

Os procedimentos relativos à recolha de dados incluíram, primeiramente, a leitura de um consentimento informado no qual visava informações essenciais como a natureza e o objetivo do estudo. Para além disso foi sublinhado o caráter voluntário da participação, a confidencialidade e o anonimato das informações recolhidas, e o efeito exclusivo de investigação dos dados.

Posteriormente, os participantes responderam a um pequeno questionário sociodemográfico e, de seguida, a um conjunto de instrumentos na seguinte ordem: i) Escala do Impacto do Acontecimento (IES-R); ii) Escala da Centralidade do Acontecimento (CES); iii) *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5* (PCL-V); iv) Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21); v) Escala de *Stress* Percecionado (PSS-10) e vi) *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (EDE-Q).

A recolha dos dados da amostra foi realizada via inquérito on-line entre o mês de outubro de 2018 e março de 2019. A amostra, de conveniência, é constituída por estudantes universitários e outros adultos.

O presente estudo é de natureza descritiva e correlacional.

### 3.4 Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico da amostra obtida foi realizado através do programa “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)” versão 22.0 da IBM®.

O estudo da amostra foi efetuado recorrendo ao teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. Verificou-se, neste caso, que a normalidade foi atingida, tendo os resultados obtidos em quase todas as variáveis evidenciado *p values* superiores a .05. Por esta razão, e considerando a dimensão amostral, os estudos foram realizados com testes paramétricos.

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi estudada recorrendo ao *Alpha* de *Cronbach*, pressupondo-se que os valores aceitáveis se devem distribuir entre .70 e .90 (Peterson, 1994).

De modo a analisar a relação entre as memórias traumáticas, através do valor total obtido do PCL-V, e a centralidade e o impacto do acontecimento, através dos fatores do IES-R e o valor total no CES, recorreram-se ao teste de correlação de *Pearson*. O mesmo foi realizado para estudar a relação entre as memórias traumáticas, através do valor total obtido do CES, e os sintomas psicopatológicos referentes às escalas PCL-V, EADS-21, PSS e EDE-Q. Assim, segundo Pestana e Gageiro (2014), uma correlação baixa varia entre  $r > .20$  e  $< .39$ , uma correlação moderada entre  $r > .40$  e  $< .69$  e uma correlação alta entre  $r > .70$  e  $< .89$ .

A seguir, foi aplicado um modelo de regressão com entrada forçada (método *Enter*), hierárquica com seleção de previsores (entrada por blocos), de modo a analisar os conceitos de centralidade e impacto do acontecimento, bem como os sintomas psicopatológicos associados às memórias traumáticas. Foram analisados os pressupostos do modelo, onde se observou que não existiam violações a nível da multicolinearidade, homocedasticidade, linearidade e independência dos erros. Por fim, efetuou-se o mesmo modelo controlando a variável sexo, com o intuito de perceber o impacto desta variável nas restantes.

## 4. Resultados

---

### 4.1 Relação entre memórias traumáticas e as variáveis centralidade e impacto do evento

De modo a averiguar se existe uma relação entre as memórias traumáticas e as variáveis da centralidade e do impacto do acontecimento, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 2).

Podemos, neste caso, verificar que existe uma relação positiva entre as memórias traumáticas, considerando os valores obtidos através do resultado total do PCL-V e os fatores intrusão, evitamento e hiperativação do IES-R, que avaliam o impacto do acontecimento. É de salientar que o fator hiperativação do IES-R apresenta uma correlação forte ( $r=.705$ ), o fator intrusão apresenta uma correlação muito próximo de forte ( $r=.698$ ) e o fator evitamento apresenta uma correlação moderada ( $r=.528$ ).

Quanto à variável relativa à centralidade do acontecimento, avaliada através do CES, os dados revelam uma relação positiva moderada entre o valor obtido do PCL-V e o resultado total do CES ( $r(100) = .437, p \leq .001$ ).

**Tabela 2.** Correlações entre memórias traumáticas, impacto e centralidade do acontecimento

	PCL_Total	IESR_Intrusão	IESR_Evitamento	IESR_Hiperativação	CES_Total
PCL_Total	-				
IESR_Intrusão	.698***	-			
IESR_Evitamento	.528***	.769***	-		
IESR_Hiperativação	.705***	.879***	.770***	-	
CES_Total	.437***	.408***	.368***	.341***	-

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ;  $p \leq .001$

## 4.2 Relação preditora entre memórias traumáticas e centralidade e impacto do evento

De forma a avaliar a presença de um efeito preditor das variáveis centralidade e impacto do acontecimento nas memórias traumáticas, recorreu-se à regressão múltipla hierárquica, formando dois modelos (Tabela 3).

Assim, os resultados obtidos no modelo 1 demonstram que a centralidade é um preditor significativo das memórias traumáticas, dado que explicam 18.3% da variância ( $R^2_a = .183$ ,  $F = 23.102$ ,  $p \leq .001$ ). No modelo 2, onde é incluído a variável impacto do acontecimento, a variância aumenta para 54.6% ( $R^2_a = .546$ ,  $F = 30.744$ ,  $p \leq .001$ ).

Analisando o valor preditivo de cada uma das variáveis presentes em cada modelo, através da análise dos coeficientes de regressão estandardizados ( $\beta$ ), denota-se que no primeiro modelo a centralidade revela-se como preditor significativo das memórias traumáticas ( $\beta = .437$ ,  $p \leq .001$ ). No segundo modelo, a centralidade volta a revelar-se como preditor significativo ( $\beta = .203$ ,  $p \leq .01$ ), bem como os fatores intrusão e hiperativação relativos ao impacto do acontecimento ( $\beta = .312$ ,  $p \leq .05$  e  $\beta = .485$ ,  $p \leq .01$ , respetivamente), ao contrário do fator evitamento.

**Tabela 3.** Regressões múltipla hierárquica entre memórias traumáticas, impacto e centralidade do acontecimento

	B	SE B	Beta ( $\beta$ )	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	$\Delta R^2$	F	$\Delta F^2$
<b>Bloco 1</b>				.191	.183	.191	23.102***	23.102***
Constante	-6.474	6.136						
CES_Total	.448***	.093	.437					
<b>Bloco 2</b>				.564	.546	.373	30.744***	27.131***
Constante	-8.516	4.606						
CES_Total	.208**	.077	.203					
IESR_Intrusão	.758*	.370	.312					
IESR_Evitamento	-.394	.276	-.160					
IESR_Hiperativação	1.548**	.478	.485					

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

### 4.3 Relação entre memórias traumáticas e os sintomas psicopatológicos

Com o intuito de avaliar a existência de uma relação entre as memórias traumáticas e os sintomas psicopatológicos, recorreu-se ao teste de correlação de *Pearson* (Tabela 4).

Podemos, neste caso, verificar que existe uma relação positiva significativa entre as memórias traumáticas, avaliadas pelo valor obtido através do resultado total do CES, e todas as restantes variáveis relativas a sintomas psicopatológicos. Os fatores que apresentam uma correlação moderada são o PCL\_Total, fator *stress* do EADS e o PSS\_Total (valores de *r* variam entre .437 e .485). As restantes subescalas apresentam valores de correlação baixos, mas significativos, sendo que a subescala Preocupação com o Peso do EDE-Q revela-se como a correlação mais baixa ( $r=.273$ ).

**Tabela 4.** Correlações entre memórias traumáticas e sintomas psicopatológicos

	CES Total	PCLV Total	EADS Ansiedade	EADS Depressão	EADS Stress	EDEQ Rest. A	EDEQ P.A	EDEQ P.P	EDEQ P.C	PSS Total
CES_Total	-									
PCL_Total	.437***	-								
EADS_Ansiedade	.287**	.614***	-							
EADS_Depressão	.328**	.702***	.774***	-						
EADS_Stress	.441***	.726***	.714***	.744***	-					
EDEQ_Restrição Alimentar	.313**	.427***	.357***	.376***	.419***	-				
EDEQ_Preocupação Alimentar	.371***	.600**	.549***	.593***	.487***	.640***	-			
EDEQ_Preocupação Peso	.273**	.349***	.278**	.338***	.303**	.555***	.668***	-		
EDEQ_Preocupação Corpo	.275**	.422***	.373***	.432***	.358***	.639***	.739***	.921***	-	
PSS_Total	.485***	.695***	.579***	.659***	.754***	.403***	.487***	.371***	.444***	-

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

## 4.4 Relação preditora entre memórias traumáticas e sintomas psicopatológicos

De modo a avaliar a relação entre as memórias traumáticas e os sintomas psicopatológicos recorreu-se, novamente, à regressão múltipla hierárquica, onde foram obtidos quatro modelos (Tabela 5).

O modelo 1 demonstrou que a variável PCL\_Total era um preditor significativo, explicando 18.3% ( $R^2_a = .183$ ,  $F = 23.102$ ,  $p \leq .001$ ) da variância. No segundo modelo foram inseridos os fatores ansiedade, depressão e *stress* do EADS, que aumentaram a variância para 19.8% ( $R^2_a = .198$ ,  $F = 7.097$ ,  $p \leq .001$ ). No modelo 3 foi adicionado a variável *stress* percecionado (PSS\_Total) que aumentou a variância para 22.8% ( $R^2_a = .228$ ,  $F = 6.863$ ,  $p \leq .001$ ). Por fim, no modelo 4 foi inserido os fatores referentes ao EDE-Q (restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o peso e o corpo), que explicaram 22.7% ( $R^2_a = .227$ ,  $F = 4.239$ ,  $p \leq .001$ ) da variância total, para a variável memórias traumáticas.

Em relação ao valor preditivo individual das variáveis em estudo, avalia-se que no primeiro modelo a variável PCL\_Total, que avalia a PSPT, revelou-se como preditor significativo ( $\beta = .426$ ,  $p \leq .001$ ). No segundo modelo, a variável PCL\_Total volta a revelar-se um preditor significativo, bem como o fator *stress* do EADS ( $\beta = 1.279$ ,  $p \leq .05$ ), contrariamente aos fatores ansiedade e depressão. No terceiro modelo, a variável PCL\_Total e o fator *stress* do EADS deixam de ser preditores significativos, revelando-se somente a variável PSS\_Total, referente ao *stress* percecionado, como preditor ( $\beta = .845$ ,  $p \leq .05$ ). No modelo 4, a variável PSS\_Total revelou-se como único preditor significativo ( $\beta = .865$ ,  $p \leq .05$ ).

**Tabela 5.** Regressões múltiplas hierárquica entre memórias traumáticas e sintomas psicopatológicos

	B	SE B	Beta ( $\beta$ )	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	$\Delta R^2$	F	$\Delta F^2$
<b>Bloco 1</b>				.191	.183	.191	23.102***	23.102***
Constante	53.892***	2.558						
PCL_Total	.426***	.089	.437					
<b>Bloco 2</b>				.230	.198	.039	7.097***	1.617
Constante	51.624***	2.748						
PCL_Total	.275*	.136	.282					

EADS_Ansiedade	-.352	.636	-.083					
EADS_Depressão	-.213	.610	-.058					
EADS_Stress	1.279*	.588	.339					
<b>Bloco 3</b>				.267	.228	.037	6.863***	4.793*
Constante	42.344***	5.023						
PCL_Total	.192	.139	.197					
EADS_Ansiedade	-.299	.624	-.071					
EADS_Depressão	-.378	.603	-.102					
EADS_Stress	.711	.633	.188					
PSS_Total	.845*	.386	.314					
<b>Bloco 4</b>				.298	.227	.030	4.239***	.969
Constante	42.780***	5.119						
PCL_Total	.121	.146	.124					
EADS_Ansiedade	-.400	.639	-.095					
EADS_Depressão	-.467	.620	-.126					
EADS_Stress	.681	.657	.180					
PSS_Total	.865*	.397	.321					
EDEQ_Restrição Alimentar	.192	.341	.071					
EDEQ_Preocupação Alimentar	.689	.553	.203					
EDEQ_Preocupação Peso	.551	.601	.216					
EDEQ_Preocupação Corpo	-.444	.414	-.288					

Nota: \*p ≤ .05; \*\*p ≤ .01; \*\*\*p ≤ .001

No sentido de se avaliar o impacto verdadeiro dos sintomas psicopatológicos, procedeu-se à realização do modelo de regressão múltiplo hierárquico, onde foi controlado a variável em questão (sexo), constituindo-se, assim, 2 modelos (Tabela 6).

Assim, o modelo 1 demonstrou que a variável sexo não é um preditor significativo ( $R^2_a = .013$ ,  $F = 2.297$ ,  $p \geq .05$ ) da variância. No segundo modelo foram inseridas as restantes variáveis em estudo (PCL\_Total, ansiedade, depressão e *stress* do EADS, PSS\_Total e restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o peso e corpo do EDE-Q), que explicam 22.5% da variância ( $R^2_a = .225$ ,  $F = 3.877$ ,  $p \leq .001$ ). Para além disso, estas variáveis, quando extraída a variável sexo, explicam 28.1% da variância ( $\Delta R = .281$ ,  $\Delta F = 3.983$ ,  $p \leq .001$ ).

Tendo em conta o valor preditivo de cada variável em estudo, avalia-se que no primeiro modelo a variável sexo não se revela um preditor significativo ( $\beta = .151$ ,  $p \geq$

.05). No segundo modelo, a variável PSS\_Total referente ao *stress* percebido revela-se como único preditor significativo ( $\beta = .306$ ,  $p \leq .05$ ).

**Tabela 6.** Regressões múltiplas hierárquicas para os sintomas psicopatológicos, controlando a variável sexo

	B	SE B	Beta ( $\beta$ )	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	$\Delta R^2$	F	$\Delta F$
<b>Bloco 1</b>				.023	.013	.023	2.297	2.297
Constante	53.007***	6.966						
Sexo	6.026	3.976	.151					
<b>Bloco 2</b>				.303	.225	.281	3.877***	3.983***
Constante	37.780***	7.760						
Sexo	3.432	3.998	.086					
PCL_Total	.157	.153	.162					
EADS_Ansiedade	-.502	.651	-.119					
EADS_Depressão	-.370	.631	-.100					
EADS_Stress	.599	.665	.159					
PSS_Total	.825*	.400	.306					
EDEQ_Restrição Alimentar	.184	.341	.068					
EDEQ_Preocupação Alimentar	.683	.553	.201					
EDEQ_Preocupação Peso	.477	.608	.187					
EDEQ_Preocupação Corpo	-.441	.414	-.285					

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

## 5. Discussão

---

O presente estudo focou-se nas memórias traumáticas, particularmente na sua relação com distúrbios psicopatológicos, nomeadamente ansiedade, depressão, *stress*, perturbação de *stress* pós-traumático e distúrbios alimentares tal como são percecionados pelos indivíduos da população geral aqui analisados.

Neste sentido, o primeiro objetivo da investigação prendeu-se com a avaliação da relação entre as memórias traumáticas e o conceito de centralidade e impacto de acontecimento. Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram uma relação positiva em ambos os casos, onde o fator hiperativação presente no IES-R evidenciou ser o fator com maior correlação ( $r=.705$ ). Tal facto é congruente com outras investigações com amostras semelhantes (Barton, Boals, & Knowles, 2013; Bernard, Whittles, Kertz, & Burke, 2015; Berntsen & Thomsen, 2005; Boals, Hayslip, Knowles, & Banks, 2012; Boals & Ruggero, 2016). Apesar destas investigações abordarem maioritariamente o conceito da centralidade do acontecimento, pode-se justificar a elevada correlação encontrada neste estudo com o fator referido no IES-R, que avalia o impacto do acontecimento, com a própria base teórica da escala uma vez que esta indica que os fatores presentes medem características de sintomas associados aos critérios de PSPT.

No que diz respeito a uma eventual relação preditora entre as memórias traumáticas e os conceitos acima referidos (centralidade e impacto do acontecimento), é de notar que no modelo de regressão quer a centralidade quer o impacto do acontecimento são preditores significativos e que, em conjunto, explicam 54.6% da variância ( $R^2_a = .546$ ,  $F = 30.744$ ,  $p \leq .001$ ). Estudos anteriores como, por exemplo, o estudo de Berntsen e Rubin (2006) evidenciou o mesmo efeito preditor, bem como uma relação forte e significativa com o IES-R e o PCL e correlações moderadas com dimensões de ansiedade e depressão.

Seguindo esta linha de pensamento, o segundo objetivo deste estudo prendeu-se com a sintomatologia psicopatológica associada às memórias traumáticas. Assim, os resultados indicaram a existência de uma relação positiva e estatisticamente

significativa entre as memórias traumáticas e todas as variáveis avaliadas neste estudo (PSPT do PCL-V, dimensão ansiedade, depressão e *stress* do EADS, restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com o corpo e com o peso do EDE-Q e do PSS). A correlação mais alta encontrada neste estudo foi com o PCL\_Total, o fator *stress* do EADS e o PSS\_Total (valores de *r* rondam .40). Algumas investigações evidenciaram associações entre memórias traumáticas e a PSPT (Berntsen, Rubin, & Siegler, 2011; Berntsen & Thomsen, 2005; Boals, 2010). No entanto, no que toca à dimensão *stress* avaliada pelas duas escalas (EADS e PSS), os estudos são escassos e, na maioria dos casos, é avaliada à luz da PSPT por ser um componente definidor da perturbação.

Por um lado, apesar dos resultados referentes à existência de uma relação preditora entre as memórias traumáticas e os sintomas psicopatológicos indicarem um aparente aumento percentual entre cada bloco, os valores de  $\Delta R^2$  indicam uma diminuição do poder explicativo em cada modelo. Ou seja, as variáveis relativas aos sintomas psicopatológicos no seu conjunto não desempenham uma relação preditora com as memórias traumáticas. Por outro lado, as variáveis indicadas para avaliar os distúrbios psicológicos neste estudo explicam 28.1%, aquando do controlo da variável sexo, sendo que o *stress* avaliado pelo PSS é o único preditor significativo. Estes dados são congruentes com a ideia de que sintomas psicológicos estão intimamente associados a memórias traumáticas que influenciam o processo cognitivo e emocional dos sujeitos (Berntsen & Rubin, 2007; Boelen, 2012; Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; O' Toole, Watson, Rosenberg, & Berntsen, 2016; Robinaugh & McNally, 2011).

## Conclusão

---

O trauma, mais especificamente as memórias de teor traumático e a sua relação com sintomatologia psicológica na população geral é um fenómeno bastante reconhecido no meio científico. O seu interesse prende-se com o facto de conhecer como as pessoas processam e armazenam memórias deste tipo e que impacto estas têm na saúde mental.

De um modo geral, os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com o evidenciado noutros estudos, que mostram uma relação positiva entre memórias traumáticas e vários distúrbios psicológicos como a ansiedade, depressão, *stress*, PSPT e distúrbios alimentares, bem como um papel significativo do conceito de centralidade e de impacto do acontecimento nessas mesmas memórias. Para além disso, o papel único e preditivo do *stress* nesta investigação, pouco estudado nas investigações na área, denota um sinal de grande interesse para futuras investigações, tendo em conta a crescente queixa deste tipo de sintomatologia na sociedade atual.

As principais limitações desta investigação prendem-se com alguns aspetos, tais como: a dimensão amostral reduzia e a disparidade entre o número de participantes do sexo feminino e do sexo masculino; não foram consideradas variáveis sociodemográficas como a idade e a escolaridade que poderão desempenhar um papel de influência no processo de recordação e retenção das memórias traumáticas (o que poderá ser considerado em estudos futuros); também não foram avaliados outros distúrbios psicológicos como a perturbação *borderline*, a psicose, o uso de substância, entre outros, que poderão constituir aspetos interessantes em investigações futuras.

## Bibliografia

---

- Afifi, T.O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C.A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281–1296.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M.S., & Foa, E.B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Trauma Stress*, 11(2), 385–392.
- Barton, S., Boals, A., & Knowles, L. (2013). Thinking about trauma: The unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 718–726.
- Bernard, J.D., Whittles, R.L., Kertz, S.J., & Burke, P.A. (2015). Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 11–17.
- Berntsen, D. (1996a) Involuntary autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 10(5), 435–454.
- Berntsen, D. (1996b). *Moments of recollection. A study of involuntary autobiographical memories*. Ph.D. Dissertation, University of Aarhus, Denmark.
- Berntsen, D. (1998). Voluntary and involuntary access to autobiographical memory. *Memory*, 6(2), 113–141.
- Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events: Do memories of trauma and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 135–158.
- Berntsen, D., & Rubin, D.C. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 219–231.
- Berntsen, D., & Rubin, D.C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21(4), 417–431.
- Berntsen, D., Rubin, D.C., & Siegler, I.C. (2011). Two versions of life: Emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, 11(5), 1190–1201.
- Berntsen, D., & Thomsen, D.K. (2005). Personal memories for remote historical events: Accuracy and clarity of flashbulb memories related to World War II. *Journal of Experimental Psychology: General*, 134(2), 242–257.

- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D.C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17(6), 675-693.
- Boals, A. (2010). Events that have become central to identity: gender differences in the centrality of events scale for positive and negative events. *Applied Cognitive Psychology*, 24(1), 107-121.
- Boals, A., Hayslip, B., Knowles, L., & Banks, J.B. (2012). Perceiving a negative event as central to one's identity partially mediates age differences in PTSD symptoms. *Journal of Aging and Health*, 24(3), 459-474.
- Boals, A., & Ruggero, C. (2016). Event centrality prospectively predicts PTSD symptoms. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 29(5), 533-541.
- Boals, A., & Schuettler, D. (2011). A double-edged sword: Event centrality, PTSD, and posttraumatic growth. *Applied Cognitive Psychology*, 25(5), 817-822.
- Boelen, P.A. (2012). A prospective examination of the association between the centrality of a loss and post-loss psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 137(2), 117-124.
- Breland, J.Y., Donalson, R., Dinh, J.V., & Maguen, S. (2017). Trauma exposure and disordered eating: a qualitative study. *Women & Health*, 58(2), 164-174.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Brewerton, T.D. (2019). An overview of trauma-informed care and practice for eating disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 445-462.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Brewin, C.R., Reynolds, M., & Tata, P.H. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 511-517.
- Brown, A.D., Antonius, D., Kramer, M., Root, J.C., & Hirst, W. (2010). Trauma centrality and PTSD in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 496-499.
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5(1), 73-99.
- Burke, A., Heuer, F., & Reisberg, D. (1992). Remembering emotional events. *Memory & Cognition*, 20(3), 277-290.
- Butler, L.D., & Wolfner, A.L. (2000). Some characteristics of positive and negative ("most traumatic") event memories in a college sample. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 45-68.
- Byrne, C.A., Hyman, I.E., & Scott, K.L. (2001). Comparisons of memories for traumatic events and other experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 119-133.
- Ceci, S.J., & Bruck, M. (1993). Suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 113(3), 403-439.
- Ceci, S.J., & Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the courtroom: A scientific analysis of children's testimony*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Christianson, S.Å. (1992a). *The handbook of emotion and memory: Research and theory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Christianson, S.Å. (1992b). Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychological Bulletin*, 112(2), 284-309.

- Christianson, S.Å., & Lindholm, T. (1998). The fate of traumatic memories in childhood and adulthood. *Development and Psychopathology*, 10(4), 761-780.
- Christianson, S.Å., & Loftus, E.F. (1987). Memory for traumatic events. *Applied Cognitive Psychology*, 1(4), 225-239.
- Christianson, S.Å., & Loftus, E.F. (1990). Some characteristics of people's traumatic memories. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 28(3), 195-198.
- Contrada, R.J., & Baum, A. (2011). *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Creamer, M., McFarlane, A.C., & Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 175-182.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (1997). The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 213-228.
- Davidson, J., Smith, R. D., & Kudler, H.S. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for PTSD: experience with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(6), 336-341.
- Davidson, J., Swartz, M., & Storck, M. (1985). A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142(1), 90-93.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman, *American Psychiatric Press review of psychiatry* (273-303). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Freud, S. (1896). The aetiology of hysteria. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1910). Leonardo da Vinci and a memory of his childhood. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (11-59). London: Hogarth Press.
- Goodman, G. S., Quas, J. A., Batterman-Faunce, J. M., Riddlesberger, M. M., & Kuhn, J. (1994). Predictors of accurate and inaccurate memories of traumatic events experienced in childhood. *Consciousness and Cognition*, 3, 269-294.
- Gray, M.J., & Lombardo, T.W. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 171-186.
- Green, B.L, Lindy, J.D., Grace, M.C., & Leonard, A.C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12), 760-766.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Heuer, F., & Reisberg, D. (1990) Vivid memories of emotional events: The accuracy of remembered minutiae. *Memory & Cognition*, 18(5), 496-506.
- Hopper, J., & van der Kolk, B.A. (2001) Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A preliminary report on three case studies of a new standardized method. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(2), 33-71.
- Howe, M.L. (1998). Individual differences in factors that modulate storage and retrieval of traumatic memories. *Development and Psychopathology*, 10(4), 681-698.

- Kline, N.A., & Rausch, J.L. (1985). Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: Case reports. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 46(9), 383-384.
- Lameiras, H. (2013). *Influência da vergonha e das suas memórias traumáticas na Psicopatologia alimentar em mulheres com e sem excesso de peso*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Altos Estudos - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Machado, P.P., Martins, C., Vaz, A.R., Conceição, E., Bastos, A.P., & Gonçalves, S. (2014). Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 448– 453.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 334–349.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised. *Psychologica*, 54, 413-438.
- McFarlane, A.C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 498-504.
- McGaugh, J.L. (2003). *Memory and emotion: The making of lasting memories*. New York, NY: Columbia University Press.
- McNally, R.J. (1997). Implicit and Explicit Memory for Trauma-Related Information in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 219-224.
- McNally, R.J. (2003). *Remembering trauma*. Boston: Harvard University Press.
- McNally, R.J. (2005). Debunking myths about trauma and memory. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13), 817–822.
- Mellman, T.A., Randolph, C.A., Brawman-Mintzer, O. & Milanes, F.J. (1992). Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1568-1574.
- Mitchell, K.S., Mazzeo, S.E., Schlesinger, M.R., Brewerton, T.D., & Smith, B.N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey-Replication Study. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307–315.
- Molendijk, M.L., Hoek, H.W., Brewerton, T.D., & Elzinga, B.M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416.
- Morgado, P., Cerqueira, J., & Sousa, N. (2017). *Resposta neuronal ao stresse*. Minho: Lidel - Edições Técnicas.
- National Center for PTSD. (2016). *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved from [www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp).
- Neisser, U., & Harsch, N. (1992). Phantom flashbulbs: False recollections of hearing the news about Challenger. In E. Winograd & U. Neisser, *Affect and accuracy of recall: Studies of “flashbulb” memories* (212–226). New York, NY: Cambridge University Press.

- Newby, J.M., & Moulds, M.L. (2011). Intrusive memories of negative events in depression: Is the centrality of the event important? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 277-283.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409–418.
- Nourkova, V., Bernstein, D.M., & Loftus, E.F. (2004). Altering traumatic memory. *Cognition and Emotion*, 18(4), 575-585.
- O'Toole, M.S., Watson, L.A., Rosenberg, N.K., & Berntsen, D. (2016). Negative autobiographical memories in social anxiety disorder: A comparison with panic disorder and healthy controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 223–230.
- O'Toole, M.S., Watson, L.A., Rosenberg, N.K., & Berntsen, D. (2018). Changes in perceived centrality of anxious events following cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59, 150-156.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade depressão stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (6th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, C., & Bell, M. (1996). Children's memory for traumatic injury. *Child Development*, 67(6), 3045–3070.
- Peterson, R.A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research Design*, 21(2), 381-391.
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 101–117.
- Porter, S., & Peace, K. A. (2007). The scars of memory: A prospective, longitudinal investigation of the consistency of traumatic and positive emotional memories in adulthood. *Psychological Science*, 18(5), 435–441.
- Reisberg, R., & Hertel, P. (2004). *Memory and emotion*. New York, NY: Oxford University Press.
- Reyes, G., Elhai, J.D., & Ford, J.D. (2008). *The encyclopedia of psychological trauma*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Robinaugh, D.J., & McNally, R.J. (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 646–652.
- Robinaugh, D.J., & McNally, R.J. (2011). Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 483–486.
- Rubin, D.C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in Posttraumatic Stress Disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and non-traumatic autobiographical memories in people with and without PTSD symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(4), 591–614.
- Rubin, D.C., Boals, A., & Hoyle, R.H. (2014). Narrative centrality and negative affectivity: Independent and interactive contributors to stress reactions. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(3), 1159–1170.

- Rubin, D.C., & Kozin, M. (1984). Vivid memories. *Cognition*, 16(1), 81-95.
- Rubin, D.C., Schrauf, R., & Greenberg, D. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory and Cognition*, 31(6), 887-901.
- Shobe, K.K., & Kihlstrom, J.F. (1997). Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6(3), 70-74.
- Sierles, F.S., Chen, J.J., McFarland, R.E., & Taylor, M.A. (1983). Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 140(9), 1177-1179.
- Sotgiu, I., & Mormont, C. (2008) Similarities and Differences Between Traumatic and Emotional Memories: Review and Directions for Future Research. *The Journal of Psychology*, 142(5), 449-470.
- Talarico, J.M., & Rubin, D.C. (2003). Confidence, not consistency, characterizes flashbulb memories. *Psychological Science*, 14(5), 455-461.
- Thomsen, D.K., & Berntsen, D. (2009). The long-term impact of emotionally stressful events on memory characteristics and life story. *Applied Cognitive Psychology*, 23(4), 579-598.
- Toth, S.L., & Cicchetti, D. (1998). Remembering, forgetting, and the effects of trauma on memory: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 10(4), 589-605.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378.
- Tromp, S., Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Tharan, M. (1995). Are rape memories different? A comparison of rape, other unpleasant, and pleasant memories among employed women. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 607-627.
- van der Kolk, B.A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.
- van der Kolk, B.A., Hopper, J.W., & Osterman, J.E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(2), 9-31.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY: The Guilford Press.
- Wenzel, A., Pinna, K., & Rubin, D.C. (2004). Autobiographical memories of anxiety-related experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 329-341.
- Wessel, I., & Merckelbach, H. (1994). Characteristics of traumatic memories in normal subjects. *Behavioral & Cognitive Psychotherapy*, 22(4), 315-324.
- Whitfield, C.L. (1995). The forgotten difference: Ordinary memory versus traumatic memory. *Consciousness and Cognition*, 4(1), 88-94.
- Winograd, E., & Neisser, U. (1992). *Affect and accuracy in recall: Studies of "flashbulb" memories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yuille, J.C., & Cutshall, J.L. (1986). A case study of eyewitness memory of a crime. *Journal of Applied Psychology*, 71(2), 291-301.
- Zoellner, L.A., Sacks, M.B., & Foa, E.B. (2001). Stability of emotions for traumatic memories in acute and chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 697-711.