



Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

Experiências Traumáticas e Psicopatologia Em Reclusos: O Papel
Mediador Das Experiências Dissociativas e Da Compaixão

Ricardo Jorge Miguel Gonçalves

Dissertação De Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015

Experiências Traumáticas e Psicopatologia Em Reclusos: O Papel Mediador Das Experiências Dissociativas e Da Compaixão

Ricardo Jorge Miguel Gonçalves

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapias

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo

Coimbra, janeiro de 2015

Agradecimentos

O resultado final deste árduo trabalho é o culminar de um enorme esforço meu, mas não só, também da equipa em que estive introduzido nesta etapa e também daqueles que sempre me apoiaram, para o bem e para o mal.

À professora Helena Espírito Santo um enorme obrigado pelo seu esforço e dedicação. Pelas palavras de apoio quando estas eram necessárias mas também pelas de repreensão quando as mesmas necessitavam de ser ouvidas pela minha parte. Um muito obrigado que sem a mesma este projeto não seria possível.

Ao estabelecimento prisional (E.P.) de Coimbra pela oportunidade que me foi proporcionada e à Dr^a Isabel Sofia Dias, psicóloga do serviço, pelo apoio e instrução em todas as alturas de dúvidas. Obrigado também pelo encorajamento, simpatia e votos de confiança em mim depositados. A vocês também dedico este trabalho final.

Aos meus pais pela paciência e dedicação ao seu filho e ao seu trabalho. Por todas as palavras de força, que levaram a despoletar confiança em mim mesmo e nas minhas capacidades. Obrigado também pelas palavras de repreensão pois estas também foram necessárias.

À minha namorada Ema, que sempre foi a melhor ouvinte e confidente, que sempre me fez ver a verdade, tanto quando tinha razão e quando a mesma não estava do meu lado. Pelas palavras de carinho, apoio, confiança e repreensão, pelo acerto na escolha das palavras e dos momentos para as mesmas. Palavras estas que me elevaram a confiança e a força para me dedicar inteiramente a este projeto.

Aos meus colegas de equipa que partilharam comigo todas as dúvidas e certezas, todos os momentos de vitória e derrota, mas que como eu nunca desistiram deste projeto.

Aos meus verdadeiros amigos que nas conversas acerca deste projeto me fizeram ver que não me faltavam capacidades para o levar até ao fim e que com calma tudo iria até “bom porto”.

A todos vocês o meu maior obrigado!

Resumo

Introdução:

A relação entre experiências traumáticas e sintomas psicopatológicos é bastante reconhecida em variados estudos, no entanto, no que toca à população reclusa os estudos reduzem-se imenso. Quanto à mediação da autocompaixão e da dissociação nesta relação, é algo que ainda não foi estudado.

Objetivo:

Este estudo teve como objetivo estudar, a relação entre experiências traumáticas e a psicopatologia numa amostra de reclusos e o papel mediador da compaixão e das experiências dissociativas nesta relação. Pretendeu-se também analisar qual a intensidade de psicopatologia, experiências traumáticas, dissociação, compaixão e autocompaixão.

Metodologia:

Foram recrutados 34 reclusos por um investigador do sexo masculino, e 33 foram recrutados e por uma investigadora do sexo feminino, a idade média destes 67 sujeitos foi de 34,85 ($DP = 8,98$), sendo que variaram entre os 19 e os 67 anos. Na recolha de dados foram usadas a *Traumatic Experiences Checklist* para avaliar as experiências traumáticas, a *Dissociative Experiences Scale* para as experiências dissociativas, a *Self-Compassion Scale* para os níveis de autocompaixão e a *Depression Anxiety and Stress Scales* e a *Brief Symptom Inventory* para os sintomas psicopatológicos.

Resultados:

Tendo em conta os resultados obtidos na *Dissociative Experiences Scale* ($M \pm DP = 20,94 \pm 16,22$) e na *Traumatic Experiences Checklist* ($M \pm DP = 7,09 \pm 3,46$), a nossa amostra revelou valores superiores obtidos em amostras da população em geral. Quanto à autocompaixão os valores ($M \pm DP = 83,79 \pm 10,74$), revelaram-se ligeiramente inferiores quando comparados com amostras da população em geral, no entanto, algumas das subescalas da *Self-Compassion Scale* demonstraram-se superiores quando comparadas com essas mesmas amostras. Os participantes que apresentaram mais experiências traumáticas revelaram mais sintomas psicopatológicos ($p < 0,01$), assim como mais experiências dissociativas ($p < 0,01$). Em relação aos níveis de autocompaixão, demonstraram-se mais reduzidos naqueles indivíduos que apresentavam mais experiências dissociativas ($p < 0,05$), no entanto, quando a compaixão se demonstrou mais elevada, os sintomas psicopatológicos

apresentavam-se como mais reduzidos ($p < 0,01$). Naqueles indivíduos que revelaram experiências dissociativas mais elevadas, os sintomas psicopatológicos apresentaram-se também superiores ($p < 0,01$). Os sintomas psicopatológicos foram mais reduzidos nos indivíduos que afirmaram maiores níveis de escolaridade ($p < 0,01$). Quanto à mediação esta foi inexistente para as duas variáveis propostas a estudo.

Conclusões:

A população reclusa apresentou níveis de experiências traumáticas e dissociativas e também de sintomas psicopatológicos mais elevados que a população em geral. Foi também confirmado por este estudo as relações entre as experiências dissociativas, traumáticas, sintomas psicopatológicos e níveis de autocompaixão. As experiências traumáticas interferem a longo prazo no funcionamento do recluso, aumentando os níveis de dissociação e sintomas psicopatológicos. Assim como as experiências dissociativas podem levar a mais sintomas psicopatológicos. Por outro lado, as experiências dissociativas podem levar a uma diminuição dos níveis de autocompaixão, sendo que esta última pode contribuir para uma melhor saúde mental.

Palavras-chave: Experiências Dissociativas, Experiências Traumáticas, Sintomas Psicopatológicos, Compaixão, Reclusos.

Abstract

Introduction

The relationship between traumatic experiences and psychopathological symptoms is widely recognized in various studies, however, regarding the prison population studies are reduced greatly. As for the mediation of self-compassion and dissociation in this relationship, it is something that has not yet been studied.

Objective

This study aimed to understand the relationship between traumatic experiences and psychopathology in a sample of prisoners and the mediating role of compassion and dissociative experiences in this relationship. It was also intended to analyze the intensity of the psychopathology, traumatic experiences, dissociation, compassion and self-pity.

Method

34 inmates were recruited by a male researcher, and 33 were recruited by a female researcher. The average age of these 67 patients was 34.85 (SD = 8.98), and ranged between the ages of 19 and 67 years. For the data collection, the Traumatic Experiences Checklist was used to assess traumatic experiences; the Dissociative Experiences Scale was used for dissociative experiences; the Self-Compassion Scale for self-pity levels and the Depression Anxiety and Stress Scales and Brief Symptom Inventory for the psychopathological symptoms.

Results:

Given the results obtained by the Dissociative Experiences Scale ($M \pm SD = 20.94 \pm 16.22$) and by the Traumatic experiences Checklist ($M \pm SD = 7.09 \pm 3.46$), our sample revealed higher values than the obtained by samples of the general population. Regarding self-pity, the values ($M \pm SD = 83.79 \pm 10.74$) have proved slightly lower compared to the general population samples, however, some of subscales of the Self-Compassion Scale demonstrated to be superior when compared to these same samples. Participants who had shown the most traumatic experiences revealed more psychopathological symptoms ($p < 0.01$) such as increased dissociative experiences ($p < 0.01$).

With respect to levels of self-pity, they proved to be lower in those individuals with increased dissociative experiences ($p < 0.05$), however, when compassion proved to be higher,

psychopathological symptoms presented themselves as lower ($p < 0.01$). In those individuals who showed higher dissociative experiences, psychopathological symptoms also presented themselves as higher ($p < 0.01$). Psychopathological symptoms were lower in individuals who reported higher levels of education ($p < 0.01$). As for mediation, it was non-existent for the two proposed study variables.

Conclusion

The prison population showed levels of traumatic and dissociative experiences and also higher psychopathological symptoms than the general population. The relationship between dissociative and traumatic experiences, psychopathological symptoms and self-pity levels were also confirmed by this study. Traumatic experiences affect the long-term functioning of the inmate, increasing levels of dissociation and psychopathological symptoms, just as dissociative experiences can lead to further psychopathological symptoms. Moreover, dissociative experiences can lead to decreased levels of self-pity, the latter of which can contribute for superior mental health.

Keywords: Dissociative Experiences, Traumatic Experiences, Psychopathological Symptoms, Compassion, Inmates

Índice

<u>Introdução</u>	1
Dissociação	1
Experiências traumáticas	2
Psicopatologia	4
Compaixão	5
<u>Objetivos</u>	6
<u>Material e métodos</u>	7
Procedimentos	7
Participantes	8
Instrumentos	9
Análise estatística	13
<u>Resultados</u>	14
<u>Discussão</u>	20
<u>Limitações</u>	23
<u>Bibliografia</u>	25
<u>Anexos</u>	
Anexo 1: Dissociative Experiences Scale (DES)	
Anexo 2: Traumatic Experiences Checklist (TEC)	
Anexo 3: Self-Compassion Scale (SELFCS)	
Anexo 4: Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21-A)	
<u>Apêndices</u>	
Apêndice A: Autorização de estágio	
Apêndice B: Consentimento Informado	

Introdução

Dissociação

O DSM-V define as características essenciais das patologias dissociativas como uma incapacidade de integrar as funções cognitivas associadas com a consciência, a identidade, a memória ou a percepção do ambiente (American Psychiatric Association, 2013). A dissociação é um estado alterado de consciência que normalmente se caracteriza por uma transformação de processos mentais integrados em processos separados (Bloom, 1999; Koffel, e Watson, 2009), no entanto, ajuda na capacidade do indivíduo para lidar com os stressores extremos (Bloom, 1999; Cordón et al., 2004). É considerada como o mecanismo patogénico fundamental em várias patologias psiquiátricas, como as patologias dissociativas, somatoformes, de stress e stress pós-traumático (Agargun et al., 2003a; Agargun et al., 2003b; Bastos, 2008; Bloom, 1999), caracterizadas muitas vezes por sintomas intrusivos, *flashbacks* e pesadelos (Bloom, 1999).

Para refletirmos acerca da dissociação, existem domínios que a ela pertencem, que não podem ser ignorados, são eles:

- I. Amnésia dissociativa, com lapsos de memória que reflete violações no processamento de informações, absorção e envolvimento imaginativo com atividades de fantasia que podem tornar uma confusão entre a fantasia e a realidade;
- II. A influência passiva com experiências de não ter controlo sobre o próprio corpo e sobre as sensações;
- III. A despersonalização e desrealização que reflete a sensação de estar desconectado do próprio corpo e do mundo (Bloom, 1999; Svedin, Nilsson e Lindell, 2004).

Muitos estudos constataram uma correlação positiva entre as experiências traumáticas e sintomas dissociativos sendo esta relação mediada por traços de personalidade de predisposição à fantasia (Boom, Hout e Huntjens, 2010). Durante e imediatamente depois de um acontecimento traumático alguns indivíduos experimentam estados dissociativos temporários, o que leva à separação e formação de memórias isoladas do evento que não se integram com as restantes memórias, o que resulta numa acentuação da dificuldade e recordação consciente das memórias do trauma (Cordón et al., 1999). Nestes estados dissociativos, os indivíduos fazem um corte e uma separação dos sentimentos que seriam expectáveis de serem sentidos vividos e combatidos que uma situação traumática comporta (Bloom, 1999). Se estas memórias isoladas não se integrarem uma com a outra, a memória para o trauma vai ser menos acessível à evocação consciente (Bloom, 1999; Cordón et al.,

2004). Este corte de emoções, e este evitar de viver e sentir estas situações, comporta consequências, não apenas ao nível do recordar das experiências, mas também ao nível das relações sociais (Bloom, 1999). A ocorrência destas experiências dissociativas tendem a diminuir com o passar da idade, devendo-se a um maior controlo do comportamento, pensamentos e emoções (Vanderlinden, Dyck, Vandereycken e Vertommen, 1991). A dissociação pode, no entanto, ser vista como um instrumento terapêutico nas situações de stress extremo, pois além de proporcionar a catarse, as experiências dissociativas podem facilitar a criação de identidades auxiliares que mantêm o sentido para a vida do paciente. Algo que estas experiências tendem a reduzir é a rigidez e o controlo em relação ao futuro e à sua programação, evitando assim a destruição do senso do futuro (Bastos, 2008).

No vasto campo da dissociação podemos encontrar dois tipos distintos da mesma, a dissociação somatoforme que se define por sintomas físicos, e a dissociação psicoforme que se define através dos sintomas psíquicos, embora os dois tipos de sintomas dissociativos sejam considerados para refletir uma etiologia mental (traumatogénica) semelhante (Boom et al., 2010). Ambos os tipos, no estudo de Boom e os seus colaboradores (2010), aparentam correlacionarem-se com as experiências traumáticas.

Experiências traumáticas

A Associação Americana de Psicologia (2013) define trauma como sendo uma resposta emocional a um evento terrível como um acidente, violação ou desastre natural. O trauma é portanto considerado uma resposta a uma experiência que é vivida como uma ameaça à saúde e ao bem-estar do indivíduo que cria um medo avassalador que algo de mal aconteça, a si ou a alguém importante para o sujeito (Cordón, Pipe, Sayfan, Melinder e Goodman, 2004), é assim considerado quando há danos físicos, o *self* é ferido, ou quando a pessoa que vivencia, testemunha ou aprende sobre um evento violento e é afetado por ele (Bloom, 1999; DeVeaux, 2013; Peres, Mercante, e Nesello, 2005). Envolve por isso uma tensão elevada que excede o normal, o que oprime os mecanismos de resposta ou que excede os mecanismos de *coping* do indivíduo, fazendo com que o mesmo veja o mundo como um lugar incontrolável e imprevisível (Cordón et al., 2004). No entanto, para assim ser considerado, temos que considerar três aspetos que são eles, o evento, o indivíduo envolvido e a reação do mesmo a este, em que muitas vezes cometem-se erros devido ao ignorar a componente subjetiva ou a perspetiva única do sujeito (Bastos, 2008; Bloom, 1999; DeVeaux, 2013; Peres et al. 2005), algo que é essencial, pois uma situação traumática para um indivíduo poderá não o ser para

outro. Isto representa, portanto, a reação individual e particular do corpo e mente do indivíduo combinada com a resposta de um determinado grupo social (Bastos, 2008; Bloom, 1999; Peres et al. 2005). Imediatamente após o evento, o choque e a negação são típicos. As reações a longo prazo incluem emoções imprevisíveis, *flashbacks*, relações tensas e sintomas físicos, como dores de cabeça ou náuseas. Embora esses sentimentos sejam normais, algumas pessoas têm dificuldade em seguir em frente com suas vidas (APA, 2013). É portanto bastante importante ter em conta três fatores para nos ajudarem na compreensão destes fenômenos, sendo eles a exploração do acontecimento traumático, as modificações internas que surgiram no indivíduo ao nível do funcionamento psíquico e também as consequências dessas modificações (Pereira, 2012).

Segundo Briere e Green (2008), num estudo realizado acerca da acumulação de traumas na infância e a complexidade dos sintomas, categorizaram os traumas em 12 tipos incluindo a violação, tentativa de violação, outro contacto sexual, abuso físico, ataque físico, ameaça de violência, testemunha de trauma, doença com risco de vida, ameaça com risco de vida, roubo ou assalto com porte de arma, outros eventos de ameaça de vida e luto traumático.

Quando um sujeito é exposto a vários tipos de traumas, a sintomatologia torna-se combinada, ou seja, não fica vinculada apenas àquela referente ao trauma mais recente (Briere e Green, 2008).

Um dos componentes da condição humana em que se nota uma enorme influência e impacto das experiências traumáticas é a memória. Esta é constituída por vários sistemas que interagem entre si para ser possível o armazenamento e a recuperação de informações. Estes sistemas podem portanto ser afetados, na infância, pelas experiências traumáticas resultando em falhas na durabilidade e acessibilidade das memórias, principalmente dos eventos traumáticos (Bloom, 1999; Cordón et al., 2004). Outras questões em que as experiências traumáticas podem ter efeito é na forma como os indivíduos pensam, aprendem, sentem sobre eles mesmos e sobre os outros e na forma como nos vemos e pensamos acerca do mundo (Bloom, 1999).

As situações traumáticas, muitas vezes de grande violência, podem levar os indivíduos a alterar o círculo, colocando-se eles na posição de agressor, o que comporta um peso enorme para o sujeito, e que devido aos elevados níveis de endorfinas, sentidas já em alturas que os mesmos eram as vítimas, poderá causar certa “dependência”, devido à redução de ansiedade e a uma certa excitação, a estes comportamentos de risco/agressivos (ex. bullying, lutas, ações

de gangs, etc.), podendo então estas experiências traumáticas ser por vezes, em parte, responsáveis, pelos comportamentos desajustados que podem levar a reclusão (Bloom, 1999). Na população reclusa, apenas o facto de os indivíduos estarem presos é por si só uma experiência traumática com efeitos psicológicos, tanto em presidiários com curta pena, como nos de longa. Esta experiência traumática é explicada pela presença relativamente assídua da violência nas prisões, assim como a perda da liberdade, empobrecimento material, inadequação pessoal, perda de relações heterossexuais, separação das pessoas que amam, perda de autonomia, perda de segurança pessoal e mesmo o facto de lidarem com a sobrelotação das cadeias (DeVeaux, 2013; Heigel, Stuewing, e Tangney, 2010; Pizarro e Stenius, 2004). Fatores como o acesso a cuidados médicos e a refeições nutritivas espera-se que contrarie ou atenuem um pouco estes fatores negativos (Heigel et al. 2010). Os efeitos psicológicos da reclusão passam também por uma sensação de desamparo, maior dependência, introversão ou mesmo uma capacidade de tomada de decisão prejudicada (DeVeaux, 2013). Enquanto espécie social, o ser humano evoluiu, responde e torna-se sensível, dependendo dos sinais sociais que lhe são fornecidos, ativando estes sistemas fisiológicos e cerebrais específicos (Castilho, Pinto-Gouveia e Amaral, 2010). Isto remete-nos para a ideia de Araújo, Nakano e Gouveia (2009) em que a pré-existência de perturbação mental grave no momento da entrada na prisão prediz significativamente uma manutenção da debilidade na saúde mental do indivíduo.

Psicopatologia

Os reclusos apresentam bastantes vezes, deterioração mental e apatia, assim como alterações de personalidade, podendo mesmo tornarem-se incertos da sua verdadeira identidade (DeVeaux, 2013), e em reclusos mais propensos a este tipo de problemáticas, a própria admissão de um número para “substituir” o nome, contribui para esta perda de identidade.

A estrutura autoritária e a rígida rotina a que os reclusos são submetidos de forma constante aliadas à privação da liberdade, privação do convívio social, mudança de ambiente e tensão podem favorecer a incidência da depressão e ansiedade contribuindo para ativar um estado de alerta como resposta ao ambiente (Araújo, et al., 2009). Araújo et al. (2009) e Hassan et al. (2011), concluíram que os níveis de depressão apresentam-se mais elevados nos reclusos em início de pena (“novatos”), em comparação com aqueles que já se apresentam numa fase mais adiantada da sua sentença (“antigos”), no entanto não comprovaram o mesmo em relação aos níveis de ansiedade.

Nos reclusos, as patologias mais comuns de serem diagnosticadas são a perturbação de stress pós-traumático, bem como ataques de pânico, depressão major, paranoia e psicose (DeVeaux, 2013; Fazel e Danesh, 2002). Nestas perturbações, com maior incidência das perturbações de humor e ansiosas, existe uma elevada comorbilidade com pesadelos recorrentes (Agargun et al., 2003a; Agargun et al., 2003b). Fazel e Danesh (2002), defendem que os reclusos têm dez vezes mais probabilidade de apresentar uma perturbação da personalidade antissocial, do que a população em geral. Estes prisioneiros “debilitados” psicologicamente irão ter mais dificuldades de ajustamento social e integração social após a libertação (DeVeaux, 2013). No estudo, já referenciado anteriormente, realizado por Fazel e Danesh (2002), os mesmos entrevistaram 22790 reclusos em países ocidentais e concluíram que, nessa amostra, 3,7% dos homens apresentam doenças psicóticas, 10% depressão major, e 65% uma perturbação da personalidade que inclui 47% com perturbação antissocial. Quatro por cento das mulheres apresentaram perturbações psicóticas, 12% depressão major, e 42% perturbações da personalidade, sendo que 21% demonstraram perturbação da personalidade antissocial. Os consumos e dependência de álcool, tabaco e drogas apresentam um número muito mais elevado na população reclusa, quando comparados com a população geral (Alves, Dutra, e Maia, 2013; Heigel et al. 2010).

Analisando todas estas percentagens e elevados graus de presença de psicopatologia nesta população, torna-se essencial cuidar da mente, algo que é inerente à compaixão (Gilbert, 2005), pois a própria autocompaixão pode ser considerada como uma estratégia de regulação emocional que pode ter um papel fulcral no desenvolvimento da psicopatologia, pois com esta, os sentimentos negativos em vez de serem evitados são encarados com consciência clara e compreensiva e com um sentido de partilha comum da experiência (Castilho e Pinto Gouveia, 2011).

Compaixão

A compaixão emerge de uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que envolve ser aberto com o sofrimento do *self* e com os outros, numa posição não defensiva e de não julgamento (Castilho e Pinto Gouveia, 2011; Gilbert, 2005). Também fazem parte da compaixão o desejo de ajudar os outros a diminuir o sofrimento, uma tolerância acompanhada de paciência e bondade e um reconhecimento que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros (Castilho e Pinto Gouveia, 2011; Dalcol, 2012), envolvendo um desejo de aliviar o sofrimento, cognições relacionadas com o sofrimento e

comportamentos de agir com compaixão (Gilbert, 2005). Posto isto, o que caracteriza o agente moral é a sua capacidade para identificar as necessidades do outro como sendo suas (Dalcol, 2012), é entender os sentimentos e pensamentos do outro, colocando-se no papel do mesmo (Bierhoff, 2005).

Segundo Dalcol (2012), o processo de compaixão comporta dois efeitos, considerados como positivo e negativo. O efeito positivo diz respeito a um sentimento de não causar injustiça nos outros (“inibir as potências antimorais que habitam em mim”) e o efeito negativo consiste no reconhecimento do sofrimento do outro, ou seja uma “ajuda ativa”. Podemos também considerar que a autocompaixão engloba três componentes principais, *selfkindness*, condição humana e *Mindfulness*. O primeiro remete-nos para a capacidade de o indivíduo tratar si próprio com o carinho necessário e não com autojulgamento. Quanto à condição humana, este componente reflete o reconhecimento das imperfeições como parte de toda a humanidade e não com um sentimento de isolamento perante os restantes indivíduos. Por último, o *Mindfulness*, trata-se de viver as experiências com uma perspetiva equilibrada e não de forma dramática e baseada em exageros perante o sofrimento (Costa e Pinto-Gouveia, 2011; Neff, 2003; Raes, Pommier, Neff e Gucht, 2011;).

Autocompaixão não pode ser confundida com o sentimento de pena de si próprio, para se quebrar com o ciclo de sobreidentificação com o próprio sofrimento, pois quando este é o sentimento presente, os indivíduos experimentam um sentimento de desligamento e afastamento dos outros, envolvem-se totalmente nos seus problemas, esquecendo que os outros experimentam as mesmas ou piores dificuldades (Castilho e Pinto Gouveia, 2011; Dalcol, 2012).

Segundo Schopenhauer a compaixão é uma das três motivações que movem as ações humanas, sendo considerada a verdadeira motivação moral, as outras duas são o egoísmo e a maldade, denominadas de antimorais (Dalcol, 2012).

Objetivos

No presente estudo pretende avaliar-se a relação entre experiências traumáticas e psicopatologia.

Os objetivos específicos foram:

- a) Estudar o efeito das experiências traumáticas na psicopatologia;
- b) Analisar qual a intensidade de psicopatologia, experiências traumáticas, dissociação, compaixão e autocompaixão;

c) Estudar o papel mediador da compaixão e das experiências dissociativas na relação entre as experiências traumáticas e a psicopatologia.

Materiais e Métodos

Procedimentos

A amostra para este estudo incluiu 67 sujeitos reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC), todos do sexo masculino, único sexo albergado por este estabelecimento, e as idades dos mesmos estão compreendidas entre os 19 e os 67 anos.

Dentro destes, 33 foram recolhidos no período compreendido entre março e junho de 2010, de forma semanal, por um avaliador do sexo feminino. Os reclusos foram recrutados, ou na consulta de Psicologia, ou no corredor entre os que aguardavam pelo atendimento no gabinete médico (serviço de enfermagem ou consulta médica), ou na ala prisional de referência (Costa, 2010). Para esta recolha, a avaliadora usou os seguintes instrumentos:

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961; Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973), *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) (Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, 2; Espírito-Santo et al., 2009), *Dissociative Experiences Scale* (DES) (Bernstein e Putnam, 1986; Espírito Santo e Pio Abreu, 2009) e *Rey 15 Item Test* (Rey, 1964; Simões et al., 2010). Os restantes 34 sujeitos foram então avaliados pelo avaliador do sexo masculino, em que essa recolha se iniciou após ter sido aceite pela psicóloga do serviço, com a justificação que isto estaria integrado na autorização da realização do estágio, iniciando-se então no dia 3 de dezembro de 2013.

A seleção dos indivíduos foi sempre sendo aleatória, no máximo das possibilidades, no entanto os indivíduos que iam aparecendo no gabinete com o propósito de abordar a psicóloga foram os primeiros a responder ao protocolo, pois a proximidade e a vontade deles foi facilitadora para o iniciar da recolha dos dados.

Antes do início do preenchimento do protocolo era pedido ao recluso que assinasse o “consentimento informado”, sendo informado acerca da confidencialidade, do uso exclusivo para o estudo das informações recolhidas, da possibilidade de desistir na altura que desejasse, sem que isso comportasse consequências para o mesmo, dos objetivos do estudo, do que é necessário fazer para participar no mesmo e que todas as dúvidas que o individuo tivesse seriam esclarecidas sem qualquer impedimento ou barreira. Em cada teste eram fornecidas,

ao inquirido, informações acerca do que iria responder, de forma que o mesmo percebesse bem o que era pretendido e também qual a forma de preenchimento das diversas escalas.

Após o preenchimento do protocolo, era sempre dada atenção e possibilidade ao recluso de serem abordadas algumas questões que o estivessem a preocupar ou mesmo problemas que afetassem psicologicamente o recluso, de forma a fazê-lo perceber que a atenção do clínico não era apenas para a recolha de dados mas também para ajudar em tudo o que for necessário e possível, a nível clínico.

A nível das sessões, por várias vezes foi necessária a divisão do protocolo, pois as salas eram limitadas e quando estavam disponíveis era necessária a partilha com outros serviços e estagiários, sendo portanto que por vezes o tempo desejado não fosse o possível. Outra razão foi a hora do conto, ou seja, todos os dias às 12h e às 17:30h os reclusos tinham que estar nas celas para os guardas fazerem a contagem, e se tivesse algum recluso a cargo do estagiário a essa hora, teria que terminar os trabalhos de forma a ele voltar para a cela, o que sucedeu várias vezes.

Participantes

Relativamente à caracterização sócio demográfica dos 67 sujeitos que responderam à bateria de questionários de auto resposta, 100% dos sujeitos eram do sexo masculino, não existindo sujeitos do sexo feminino no estabelecimento de recolha de dados (Estabelecimento Prisional de Coimbra), com idades compreendidas entre os 19 e os 67 anos de idade. A média de idades desta amostra foi de 34,85 ($DP = 8,979$).

Relativamente às habilitações literárias, 61 (91%) sujeitos distribuíram-se pelos diferentes níveis de escolaridade até ao 12º ano do ensino secundário, possuindo os restantes participantes uma licenciatura (4,5%). No que concerne ao estado civil, 92,5% ($n = 62$) da amostra revelou-se como solteira, estando os restantes sujeitos casados ($n = 5$). No que concerne à profissão, 100% da amostra foi considerada como desempregada devido a nenhum dos participantes estar inserido em qualquer atividade/profissão possível dentro do E. P. de Coimbra.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra de reclusos para este estudo.

	Total (n= 67)		M	DP
	n	%		
Idade			34,85	8,98
Sexo				
Feminino	0	0%		
Masculino	67	100%		
Estado civil				
Solteiro	62	92,5%		
Casado	5	7,5%		
Escolaridade				
1º Ciclo	9	13,4%		
2º Ciclo	35	52,2%		
3º Ciclo	17	25,4%		
Ensino secundário	3	4,5%		
Licenciatura	3	4,5%		
Crimes				
Violentos	25	37,31%		
Não violentos	42	62,69 %		

Nota: M = média; DP = Desvio Padrão.

Instrumentos

Os testes escolhidos para avaliar as variáveis a que nos propomos a estudar (experiências traumáticas e dissociativas, sono, autocompaixão, psicopatologia, esperança, otimismo e mindfulness) foram, a TEC, a DES, a DASS-21-A e o SELFCS, sendo que o BSI estava integrado no protocolo usado pela avaliadora do sexo feminino.

A *Dissociative Experiences Scale* (Bernstein e Putnam, 1986; Espírito Santo e Pio Abreu, 2008) foi a escala escolhida para avaliar as experiências dissociativas que os indivíduos possam passar ou ter passado. Este instrumento é composto por 28 itens de autorresposta, tomando entre 10 a 15 minutos e a sua cotação é também bastante rápida, sendo feita através da soma das percentagens das 28 respostas e em seguida dividida por 28 (Agargun et al., 2003a; Agargun et al., 2003b). Cada questão tem 11 respostas possíveis sendo elas percentagens de 0% a 100%, em intervalos de 10% em 10%. Na versão portuguesa o ponto de corte estabelecido foi de 30 e os fatores foram: despersonalização/desrealização (12; 13; 28; 11; 7; 16; 27), absorção (23; 22; 17; 18; 14; 20; 19), distractibilidade (25; 24; 26; 1; 2; 15; 21) e memória perturbada (5; 3; 8; 4; 6; 9), sendo que o item 10 não foi inserido em nenhum dos fatores (Espírito-Santo e Pio-Abreu, 2009). Esta é uma escala com uma boa

confiabilidade e validade, e que se apresenta com uma boa capacidade para identificar perturbações dissociativas na população clínica e não clínica. Esta escala foi adaptada e validada por Espírito-Santo e Pio-Abreu (2009), em que para tal usaram uma amostra de 570 indivíduos (113 com sintomas dissociativos, 233 com várias perturbações psicopatológicas e 224 indivíduos sem psicopatologia). Os autores obtiveram médias de 37,68 ($DP = 13,48$) no grupo clínico com perturbação dissociativa, 18,63 ($DP = 10,19$) no grupo dos indivíduos sem perturbação e 10,02 ($DP = 6,50$) no grupo que apresentava várias perturbações psicopatológicas. No nosso estudo, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,91, tendo sido este resultado muito semelhante com o obtido pelos autores na validação desta escala ($\alpha = 0,94$), o que indica assim, uma excelente consistência interna. A *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) (Nijenhuis, Van der Hart, e Vanderlinden, 1999; Versão Portuguesa: Espírito-Santo, e seus colaboradores, 2013) foi selecionada como a escala a ser usada para avaliar as experiências traumáticas dos indivíduos avaliados. Foi usada a versão portuguesa validada por Espírito-Santo e seus colaboradores (2013). Esta escala de autorresposta, apresenta 29 experiências traumáticas, sendo que para cada uma avalia, se há trauma ou não, a idade em que ocorreu o trauma e o impacto que o mesmo carrega para o sujeito (desde 1 que corresponde a nenhum até 5 que corresponde a muitíssimo). Dentro destas experiências a escala agrupa os traumas em, trauma emocional (negligência e abuso emocional), trauma físico (abuso físico) e trauma sexual (abuso e assédio sexual), esclarecendo para cada grupo o contexto, nomeadamente, se os vitimizantes são elementos dentro da família (pais, irmão ou irmã), afastados (por exemplo, tios, sobrinhos, avós) ou externos (p. e., vizinhos, amigos, professores, padrasto/madrasta). Numa forma de aprofundar mais esta questão, o sujeito é ainda inquirido acerca do número de vitimizantes e da relação com os mesmos. No entanto conta ainda com outras questões importantes como, ter sido cuidador da família, divórcio dos pais ou próprio divórcio, punições estranhas ou esquisitas, entre outras. Na fase final da escala é ainda pedido ao inquirido que reflita acerca do grau de apoio que foi sentido perante as situações assinaladas como traumatizantes (em que 0 é nenhum e 2 é muito). Num estudo acerca das propriedades psicométricas desta escala, Espírito-Santo e os seus colaboradores (2013), realizaram um estudo com 248 indivíduos, em que estavam inseridos 36 com perturbações do humor, 38 com perturbações alimentares, 29 com violência doméstica, 54 dependentes de substâncias e álcool, 20 vítimas de violência e 71 indivíduos considerados como população não-clínica. Para esta escala, a pontuação média total das presenças traumáticas foi de 9,37 ($DP = 10,48$).

A consistência interna revelou-se também como sendo excelente apresentando um valor de 0,93, através do alfa de Cronbach. Quanto às médias dos grupos de indivíduos estas foram de 27,2 ($DP = 6,31$) para o grupo dos dependentes, sendo esta a mais alta, seguindo-se das vítimas de violência que apresentaram uma média de 8,65 ($DP = 3,82$), nos indivíduos com perturbações de humor a média foi de 6,69 ($DP = 3,12$), no grupo dos indivíduos com perturbações alimentares foi de 5,37 ($DP = 4,83$), o grupo respeitante às perturbações da dor foi aquele que obteve um resultado mais baixo, tendo em conta os grupos referentes a população clínica, tendo sido a média de 3,07 ($DP = 1,46$). Por último, a média da população não clínica, sendo esta a mais baixa, foi de 2,06 ($DP = 2,57$). Um ponto de corte de 5,5, o que aponta para o número de seis experiências traumáticas, foi considerado ótimo para distinguir e fazer a separação de um grupo clínico e não clínico (Espírito-Santo et al., 2013). Para o cálculo da pontuação total e das pontuações por áreas traumáticas recorreu-se às sintaxes criadas pelo autor e disponíveis na sua página Web (Nijenhuis, s.d.). A *Self-Compassion Scale* (SELFCS) (Neff, 2003; Tradução e adaptação: Pinto Gouveia e Castilho, 2006) foi usada para medir os níveis de autocompaixão. É uma escala de autorresposta constituída por 26 itens organizados em seis subescalas para avaliar as dimensões a que se propõe (Calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, mindfulness e sobreidentificação) (Castilho e Pinto Gouveia, 2011; Costa e Pinto Gouveia, 2011; Raes et al., 2011). Cada item contém 5 opções de resposta (escala tipo Likert) que varia de 1 (Quase nunca) até 5 (Quase sempre), e as suas respetivas cotações vão de encontro ao valor da resposta equivalente, ou seja, 1 para a opção “Quase nunca” e 5 para a opção “Quase sempre”. Valores mais elevados na pontuação total e nas subescalas equivalem a níveis mais elevados de autocompaixão (Costa e Pinto Gouveia, 2011), assim como nas subescalas autocrítica (itens 1, 8, 11, 16 e 21), isolamento (itens 4, 13, 18 e 25) e sobreidentificação (itens 2, 6, 20 e 24) que são cotadas inversamente (Cunha, Xavier e Vitória, 2013). No estudo realizado por Neff (2003), com a finalidade de desenvolvimento e validação desta escala, a autora definiu seis fatores: calor/compreensão (α de Cronbach 0,78), autocrítica (α de Cronbach 0,77), condição humana (α de Cronbach 0,80), isolamento (α de Cronbach 0,79), mindfulness (α de Cronbach 0,75), sobre identificação (α de Cronbach 0,81), apresentando todas boas a moderadas consistências internas, quanto ao valor total da mesma, na versão original o resultado foi de 0,92, o que reflete que a mesma se demonstrou como excelente. No estudo de Castilho e Pinto-Gouveia (2011) que tinha como objetivo analisar as características psicométricas da versão portuguesa desta escala para a mesma poder ser utilizada em

Portugal, foi usada uma amostra de 631 estudantes universitários e obtiveram-se, quanto à consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach os seguintes resultados: 0.89 para o Total da escala; para a subescala de Calor/Compreensão 0.84; para a subescala Autocritica 0.82; para a subescala Condição Humana 0.77; para a subescala Isolamento 0.75; para a subescala *Mindfulness* 0.73; e finalmente para a subescala Sobre identificação 0.78. Partindo destes resultados, pode uma vez mais, confirmar-se a boa consistência interna desta escala. No nosso estudo esta escala também apresentou uma boa consistência interna, pois o alfa de Cronbach foi de 0.69. Outra característica analisada neste estudo foi a validade de constructo e os dados obtidos sugerem uma boa validade, na medida em que esta não evidenciou uma correlação significativa com enviesamentos de desejabilidade social. Quanto aos valores referidos neste estudo de Castilho e Pinto-Gouveia (2011) estes revelaram uma média de 84,04 e um desvio padrão de 13,25. A *Depression Anxiety and Stress Scales* (DASS-21-A) (Lovibond e Lovibond, 1995; Tradução e adaptação: Apóstolo, Mendes, e Azaredo, 2005), é uma escala composta por 21 itens de autorresposta, em que cada item contém 4 opções de resposta, variando entre 0 (Não se aplicou a mim) e 3 (Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). Esta escala propõe-se a medir 3 subescalas, cada uma com os seus itens correspondentes: *Depressão* (3; 5; 10; 13; 16; 17; 21), *Ansiedade* (2; 4; 7; 9; 15; 19; 20) e *Stress* (1; 6; 8; 11; 12; 14; 18). A escala fornece 3 notas, uma por subescala que são determinadas através da soma dos resultados dos sete itens que lhe correspondem. O valor mínimo é de “0” e o valor máximo de “21”. Os itens da DASS-21-A foram selecionados de modo a que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois. As notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Costa e Pinto-Gouveia, 2011). Apóstolo, Tanner e Arfken (2012) num estudo de análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da DASS-21, efetuado com uma amostra de 1297 pacientes do serviço de atenção básica obtiveram a média total (indivíduos femininos e masculinos) de $17,76 \pm 13,80$, quanto à consistência interna da mesma, os resultados foram reveladores da sua ótima condição, pois os alfas de Cronbach foram 0,88, 0,84 e 0,90, para a depressão, ansiedade e *stress*, respetivamente. O alfa total da escala foi de 0,945. No nosso estudo, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,89, um valor muito bom. O *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis e Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999) é uma escala composta por 53 itens constituídos por 9 dimensões de sintomatologia: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e 3 índices globais: o índice geral de

sintomas, o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos (Pereda, Forns e Però, 2007). Para a avaliação destas 53 afirmações, cada uma, apresenta uma escala do tipo Likert que com opções: nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes ou muitíssimas vezes, referindo-se à frequência dos problemas que afetaram o indivíduo nos últimos 7 dias. Trata-se de um questionário que pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico e a indivíduos da população em geral, com idade superior a 13 anos. O alfa de Cronbach variou nas subescalas entre 0,72 e 0,95, no estudo e Pereda e seus colaboradores (2007). No nosso estudo o alfa de Cronbach foi de 0,90 revelando uma excelente consistência interna.

Análise estatística

A análise estatística deste estudo foi realizado através do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 21). Na nossa investigação, as variáveis foram as *experiências dissociativas* medidas pela DES, as *experiências traumáticas* medidas pela TEC, os *sintomas psicopatológicos* medidos pela DASS-21 e pelo BSI e os *níveis de autocompaixão* medidos pelo SELFCS. Para tomarmos a decisão de qual o procedimento estatístico a seguir computámos o teste Shapiro-Wilk¹ para averiguar a normalidade das distribuições, e fizemos também uma análise das curtoses e da assimetria.

Como neste estudo foram usados duas escalas para medir a mesma variável (os sintomas psicopatológicos) impôs-se a necessidade de tornar os valores comparáveis. Para conseguirmos isto, convertemos as pontuações em valores padrão (*Z Scores*), no entanto, para assegurarmos que todas as subescalas e a pontuação total pode ser interpretado ao longo da mesma escala, com a mesma média e desvio padrão, convertemos os *Z Scores* em *T Scores*.

Mediante os resultados dos testes anteriores, passámos à análise das relações entre as variáveis (experiências traumáticas e sintomas psicopatológicos) e as consequentes mediações das restantes (níveis de autocompaixão e experiências dissociativas). Para averiguarmos esta relação começámos com o ρ Spearman (experiências dissociativas) e o r Pearson (restantes variáveis), pois a variável medida pela DES, violou o pressuposto da normalidade das distribuições, apresentando-se como não normal, o que nos levou a optar por este teste não paramétrico para a sua análise (Pallant, 2007).

Após averiguarmos e testarmos os pressupostos das regressões lineares (Pallant, 2007; Quinn e Keough, 2002), concluímos que é possível o uso das mesmas, na medida em que a única

¹ Foi usado o Shapiro-Wilk em detrimento do Kolmogorov-Smirnov, devido à potência mais elevada para testar a normalidade do primeiro em relação ao segundo. (Razalli et al., 2011).

violação diz respeito à normalidade dos resíduos das pontuações da DES, e como defende Quinn e Keough (2002), nestes casos só faz sentido e é necessário descartar a regressão linear se este não for o único pressuposto a ser violado. Outro pressuposto que foi violado foi a presença de *outliers* na TEC, verificado após a análise dos histogramas. Verificámos a existência de um *outlier* para estes resultados, passando-se à eliminação do caso para as análises desta variável, pois esta é uma das soluções para esta violação (Pallant, 2007).

Como o nosso estudo passava por averiguar a existência de uma mediação na possível relação entre a nossa variável dependente (sintomas psicopatológicos) e a variável independente (experiências traumáticas), para averiguar essa mediação escolhemos usar o teste Sobel (Figura 1) que averigua a força do efeito indireto da variável independente sobre a dependente (Vieira, 2009).

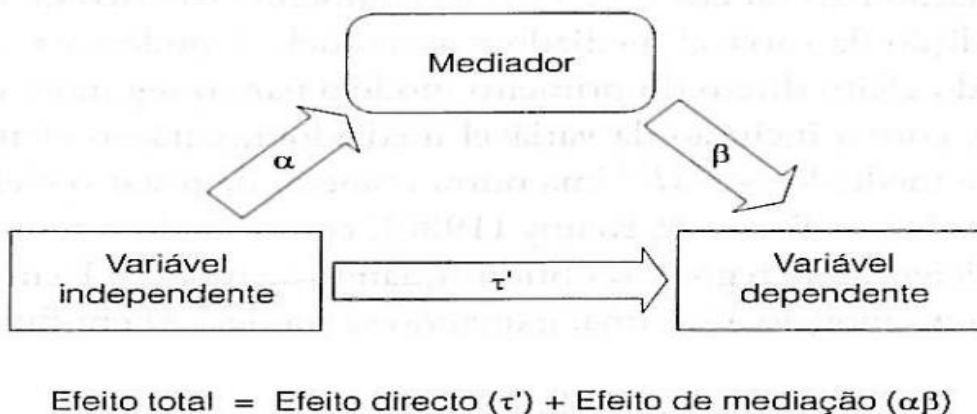


Figura 1. Modelo de Mediação de Sobel

Resultados

Na Tabela 2, apresentamos as médias (*M*), os desvios-padrão (*DP*), a variação (mínimo e máximo), os valores de assimetria, das curtoses e do teste de Shapiro-Wilk das pontuações do *Dissociative Experiences Scale* (DES), *TScores* do *Depression Anxiety and Stress Scale* e *Brief Symptom Inventory* e *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) numa amostra de 67 reclusos e também as pontuações referentes à *Self-Compassion Scale* (SELFCS) na amostra de 34 reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra.

Tendo em conta as pontuações obtidas pela nossa amostra referentes à *Dissociative Experiences Scale* (DES), que apresentaram uma média de 20,94 (*DP* = 16,22), verificámos

que eram superiores às apresentadas pelo estudo de Espírito-Santo e Pio-Abreu (2009) com uma amostra não clínica ($M \pm DP = 10,02 \pm 6,50$).

Em relação à *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) os sujeitos também apresentaram pontuações ($M \pm DP = 7,09 \pm 3,46$) superiores às obtidas por Espírito-Santo e os seus colaboradores (2013), ($M \pm DP = 2,06 \pm 2,57$).

Os valores obtidos pela nossa amostra ($M \pm DP = 83,79 \pm 10,74$), referentes à autocompaixão, revelaram-se como inferiores, ainda que ligeiramente, quando comparados com os referidos no estudo de Castilho e Pinto-Gouveia (2011), ($M \pm DP = 84,04 \pm 13,25$). No nosso estudo, em relação às subescalas, aquela que apresentou valores superiores foi a da *Compreensão calorosa* ($16,70 \pm 3,72$), seguida da autocrítica ($14,85 \pm 4,11$) e da condição humana ($14,35 \pm 3,07$).

Quanto aos TScores referentes às pontuações obtidas pelos indivíduos da nossa amostra, na escala *Brief Symptom Inventory* (BSI) e na *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21-A) a média foi de 55,15 com um desvio padrão de 12,84.

Tabela 2. Intensidade e Grau das Experiências Dissociativas e das Respetivas Subescalas, das Experiências Traumáticas, dos Níveis de Compaixão e das Respetivas Subescalas

Escalas	N	Mo	M	DP	Varição Mín-Max.	As	As Ep	Ku	Ku Ep	SW
DASS/BSI^a	67	61,57	55,15	12,84	32,93-92,18	0,54	0,29	-0,05	0,58	0,49
BSI (IGS ^b)	34	0,58 ^c	1,01	0,47	0,23-1,92	-	-	-	-	-
Dass-21-A	33	47,00	45,47	14,39	21,00-80,00	-	-	-	-	-
TEC	67	9,00	7,09	3,46	1,00-16,00	0,45	0,29	0,54	0,58	0,53
DES Total	67	23,93	20,94	16,23	0,00-97,14	1,86	0,29	6,24	0,58	0,37
Despersonalização	67	4,29	12,88	13,98	0,00-65,71	2,06	0,29	4,32	0,58	0,00
Absorção	67	7,14 ^c	32,11	23,19	0,00-95,71	0,83	0,29	0,23	0,58	0,10
Distratibilidade	67	0,00	19,96	15,26	0,00-74,29	0,94	0,29	1,23	0,58	0,11
Distúrbios da Memória	67	0,00	17,71	27,15	0,00-190,00	4,50	0,29	25,56	0,58	0,02
SELFCS Total	34	80,00 ^c	83,79	10,74	60,00-108,00	0,07	0,40	0,60	0,79	0,52
Compreensão calorosa	34	17,00 ^c	16,70	3,72	10,00-24,00	-0,11	0,40	-0,49	0,79	0,36
Autocritica	34	15,00	14,85	4,11	7,00-24,00	0,01	0,40	-0,14	0,79	0,63
Condição humana	34	14,00	14,35	3,07	8,00-20,00	-0,41	0,40	-0,45	0,79	0,20
Isolamento	34	14,00	13,00	3,45	4,00-19,00	-0,70	0,40	0,60	0,79	0,13
Atenção plena	34	11,00	12,94	3,35	4,00-20,00	-0,30	0,40	1,21	0,79	0,15
Sobreidentificação	34	10,00	11,94	3,43	4,00-20,00	0,21	0,40	-0,001	0,79	0,65

Nota: ^aTScores referentes às pontuações da DASS-21-A (N = 34) e a BSI (N = 33); ^bÍndice Geral de Sintomas; TEC = Traumatic Experiences Checklist, DES = Dissociative Experiences Scale; SELFCS = Self-Compassion Scale; Mo = moda; M = média; DP = desvio padrão; Min = mínimo; Max = máximo; As = assimetria; Ku = Curtose; SW = Shapiro-Wilk; ^c=Há várias modas, apresentando-se o menor valor.

Na Tabela 3, apresentada de seguida, estão contemplados os resultados referentes ao teste de normalidade efetuado (Shapiro-Wilk), em que fazendo a análise concluímos que apenas a DES se demonstra como não sendo normal, pois $p < 0,05$.

Tabela 3. Resultados referentes ao teste de Shapiro-wilk

	<i>N</i>	<i>Estatística</i>	<i>Sig.</i>
DES	67	0,86	0,00
DASS/BSI^a	67	0,97	0,13
TEC	67	0,97	0,09
SELFCS	34	0,97	0,52

Nota: ^aTScores referentes às pontuações da DASS-21-A e a BSI; N= número de indivíduos;

Na Tabela 4 estão presentes as correlações bivariadas de Pearson entre os *TScores* referentes à *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21-A) e à *Brief Symptom Inventory* (BSI), TEC, SELFCS, idade, escolaridade e estado civil.

Os *TScores* correlacionam-se de forma positiva e moderada com as pontuações total da TEC. De forma negativa e alta os *TScores* correlacionam-se com as pontuações totais da SELFCS e de forma negativa e moderada com a escolaridade.

Tabela 4. Correlações de Pearson entre os *TScores* referentes à *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21-A) e à *Brief Symptom Inventory* (BSI), *Traumatic Experience Checklist* (TEC), *Self-Compassion Scale* (SELFCS) e *Variáveis Sociodemográficas*

	1	2	3	4	5	6
1. DASS/BSI^a	–	0,31*	-0,65**	-0,24	-0,38**	-0,09
2. TEC		–	-0,01	-0,17	-0,07	0,17
3. SELFCS			–	-0,04	-0,05	0,10
4. Idade				–	-0,05	-0,27*
5. Escolaridade					–	0,17
6. Estado civil						–

Nota: ^aTScores referentes às pontuações da DASS-21-A e a BSI; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na Tabela 5 são apresentadas as correlações de Spearman entre a *Dissociative Experiences Scale* (DES) e os *TScores*, TEC, SELFCS, idade, escolaridade e estado civil. As pontuações da DES e dos *TScores* correlacionaram-se de forma significativa e positiva. A DES e a TEC apresentaram uma correlação alta e positiva. A relação entre a DES e a SELFCS apresentou-se como uma correlação moderada e negativa.

Tabela 5. *Correlações de Spearman entre Dissociative Experiences Scale (DES) e TScores referentes à Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21-A) e à Brief Symptom Inventory (BSI), Traumatic Experience Checklist (TEC), Self-Compassion Scale (SELFCS) e Variáveis Sociodemográficas*

	DASS/BSI ^a	TEC	SELFCS	Idade	Escolaridade	Estado Civil
DES	0,56**	0,18**	-0,14*	-0,04	-0,10	0,08

Nota: ^a*TScores* referentes às pontuações da DASS-21-A e a BSI; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na Tabela 6 estão representados os valores referentes às regressões lineares simples tendo como variável dependente os *TScores*. Analisando os resultados, verificámos que quanto mais experiências traumáticas mais os sintomas psicopatológicos aumentam ($p < 0,01$). O mesmo se sucede com as experiências dissociativas, em que quanto mais elevadas, mais os sintomas psicopatológicos se agravam ($p < 0,01$). Isto apresentou-se significativo para todas as subescalas da DES, à exceção dos *Distúrbios de Memória*.

Em relação à autocompaixão, quanto mais esta aumenta mais os sintomas psicopatológicos diminuem ($p < 0,01$). Esta relação mostrou-se significativa ao nível das subescalas *Isolamento* e *Sobreidentificação* da SELFCS.

Tabela 6. *Regressão Linear Simples das variáveis, Traumatic Experience Checklist (TEC), TScores referentes à Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21-A) e à Brief Symptom Inventory (BSI), Dissociative Experiences Scale (DES) e respectivas subescalas, Self-Compassion Scale (SELFCS) e respectivas subescalas.*

Variável Dependente	Variável Independente	β	p
	TEC	1,14	0,01**
	DES_Total	0,34	0,00**
	Despersonalização	0,33	0,003**
	Absorção	0,22	0,001**
	Distratibilidade	0,39	0,00**
	Distúrbios da Memória	0,11	0,55
DASS/BSI	SELFCS Total	-0,81	0,00**
	Compreensão Calorosa	0,32	0,61
	Autocritica	-1,41	0,11
	Condição humana	-1,49	0,47
	Isolamento	-2,34	0,00**
	Atenção plena	-0,44	0,53
	Sobreidentificação	-2,31	0,00**

β = valor de Beta; p = nível de significância; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Para fazermos a análise da mediação, como já referido no capítulo da análise estatística, realizámos o teste Sobel, estando os resultados expostos na Tabela 7. Averiguando esses valores, verificámos que nem as experiências dissociativas (DES), nem à autocompaixão (SELFCS) exerceram mediação na relação entre as experiências traumáticas (TEC) e os sintomas psicopatológicos (TScores DASS/BSI).

Tabela 7. *Mediação da Autocompaixão (SELFCS) e Dissociação (DES) entre Experiências Traumáticas (TEC) e Psicopatologia (DASS/BSI)*

Variável Independente	Variável Dependente	β	β Não Padronizado	Erro Padrão	p	R	R ²	Sobel
TEC	DES	0,24	1,13	0,56	0,05	0,24	0,06	
DES	DAAS/BSI	0,43	0,34	0,09	0,00	0,43	0,18	1,78
TEC	SELFCS	-0,006	-0,02	0,68	0,97	0,006	0,00	
SELFCS	DAAS/BSI	-0,65	-0,81	0,17	0,00	0,65	0,43	0,03

β = valor de Beta; p = nível de significância, R = R quadrado; R^2 = R quadrado ajustado; * $p < 0,05$;

** $p < 0,01$

Discussão

O nosso estudo propunha-se a estudar o papel mediador das experiências dissociativas e dos níveis de compaixão na relação das experiências traumáticas e sintomas psicopatológicos.

Em relação aos resultados obtidos na nossa amostra referentes às experiências dissociativas (DES) ($M = 20,94$), elas demonstraram-se como sendo mais elevadas de forma significativa quando comparadas com as médias obtidas por Espírito-Santo e Pio-Abreu (2009) para uma população não-clínica ($M = 10,02$). No entanto, se compararmos os nossos valores com os obtidos por Snow, Beckman e Brack (1996) para o sexo masculino ($M = 21,61$), sendo este um estudo realizado com uma população de 305 reclusos em que 229 pertenciam ao mesmo sexo que o que a nossa amostra comporta, as médias assemelham-se bastante, levando-nos a considerar que os resultados obtidos pelos nossos inquiridos se revelam “normais” para uma população reclusa, algo que foi considerado como hipótese pelos autores.

Quanto às experiências traumáticas, a média obtida no nosso estudo ($M = 7,09$), revelou-se mais elevada que a obtida por Espírito-Santo e os seus colaboradores (2013)

para uma amostra de uma população não clínica ($M = 2,06$), o que revela uma provável superioridade de experiências traumáticas vividas pelos reclusos em relação à população em geral, algo que pode ser explicado pela ideia que a própria reclusão e as condições e restrições subjacentes à mesma pode por si só ser uma experiência traumática (DeVeaux, 2013; Pizarro e Stenius, 2004; Heigel, Stuewing, e Tangney, 2010), ou então, à ideia de Bloom (1999) que experiências traumáticas podem ser responsáveis pela reclusão. Estas duas explicações podem no entanto, encontrar-se em simultâneo.

Outra das nossas variáveis, são os sintomas psicopatológicos, em que estes, tendo em conta a análise teórica feita anteriormente ao estudo, seria de prever que se revelassem como mais elevados nesta população reclusa em comparação com a população geral. Se compararmos os resultados obtidos pelo nosso estudo na DASS-21-A ($M = 45,47$), com a média obtida por Apóstolo, Tanner e Arfken (2012), para uma população não presidiária ($M=17,76$), confirmamos a enorme discrepância. O mesmo se verificou ao comparar os nossos resultados do Índice Geral de Sintomas do BSI ($M = 1,01$) com os do estudo de Pereda e seus colaboradores (2007) ($M = 0,70$), referentes aos indivíduos do sexo masculino pertencentes à sua amostra.

No que concerne à autocompaixão, os resultados obtidos no nosso estudo ($M = 83,79$) foram de encontro aos obtidos para uma população não reclusa no estudo de Castilho e Pinto Gouveia (2011) ($M = 84,04$), no que se refere ao valor total da escala. No entanto, após análise das subescalas (Compreensão calorosa, autocrítica, condição humana, isolamento, atenção plena e sobreidentificação), a nossa amostra revelou níveis mais elevados que a população do mesmo sexo no estudo referido anteriormente (Castilho e Pinto Gouveia, 2011). Estes resultados levaram-nos a ponderar e a colocar como hipótese que os mesmos ocorreram devido ao facto dos reclusos serem muito compassivos e solidários com os colegas, como assim se demonstravam, defendendo que o mesmo ocorria devido a todos estarem na mesma situação, pois até foi referido por muitos que “estamos todos no mesmo barco” e “estamos todos aqui para o mesmo”. Ou seja, por estarem numa situação complicada que é a reclusão, e estarem rodeados por indivíduos em posição semelhante torna que o sofrimento do *self* e com os outros sejam balanceados e encarados de forma mais normativa, não tanto defensiva e de julgamento.

Um dos nossos objetivos de estudo era estudar a relação entre experiências traumáticas e os sintomas psicopatológicos, algo que se veio a confirmar. No entanto, ao estudar esta relação outras relações foram encontradas e que têm importância de ser referidas.

A relação entre as experiências traumáticas e os níveis de psicopatologia/sintomas psicopatológicos, que era um dos nossos principais objetivos, revelou-se moderada e positiva, ou seja, quanto mais experiências traumáticas um indivíduo sofrer, provavelmente mais sintomas psicopatológicos virá a sofrer, algo que também foi confirmado e defendido por Alves, Dutra e Maia (2013), no seu estudo com presidiários de ambos os sexos de estabelecimentos prisionais do norte do nosso país. Este resultado já era em parte previsto por nós devido à resposta emocional e à elevada tensão que excede o normal adjacente ao trauma e às consequências que advém do mesmo (memória afetada, emoções imprevisíveis, *flashbacks*, relações tensas e sintomas físicos, como dores de cabeça ou náuseas).

Quanto à relação negativa e moderada dos sintomas psicopatológicos com a escolaridade, o mesmo pode-se dever ao facto da escolaridade ser um fator protetor em relação aos sintomas psicopatológicos, pois permite uma melhor compreensão e distinção desses sintomas. Mas também devido ao facto da escolaridade permitir uma melhor interpretação da escala, e conseqüente maior veracidade, realidade e adequação de resposta dos sintomas sentidos pelo indivíduo.

A relação alta e negativa encontrada da autocompaixão com os sintomas psicopatológicos foi uma das relações verificadas no estudo das correlações entre as variáveis escolhidas para o nosso estudo. Perante este resultado podemos inferir que indivíduos reclusos que demonstrem níveis de autocompaixão mais elevados, podem estes, ser protetores do próprio e levar a que diminua a presença ou a probabilidade de desenvolver sintomas psicopatológicos, algo que é defendido por Castilho e Pinto Gouveia (2011) que encaram a autocompaixão como um fator protetor da saúde mental. Argumentos estes que podem também ser explicativos e elucidativos de outro resultado concluído pelo nosso estudo que foi a relação negativa e significativa entre a autocompaixão e a dissociação.

Quanto à relação entre os sintomas psicopatológicos e a dissociação que se revelou significativa e positiva, era algo expectável por nós, pois os sintomas psicopatológicos, como a ansiedade e o stress podem estar na base e ser responsáveis pelo decorrer de experiências dissociativas (Bloom, 1999; Cordón et al., 2004).

Assim como Agargun et al. (2003) e Boom et al. (2010) verificarem nos seus estudos haver uma relação entre as experiências traumáticas e as experiências dissociativas, também no nosso estudo o mesmo se verificou, uma relação positiva e pequena.

As regressões lineares efetuadas no nosso estudo, usando como variável dependente os sintomas psicopatológicos, permitiram-nos confirmar uma relação positiva e significativa com as experiências traumáticas e dissociativas, e também com a subescala despersonalização, absorção e distratibilidade. Em termos de relação com a autocompaixão, esta revelou-se significativa mas inversa, assim como com a subescala isolamento e sobreidentificação.

Outro dos nossos principais objetivos a explorar tratava-se da averiguação do efeito mediador das experiências dissociativas e da compaixão na relação das experiências traumáticas e psicopatologia, ao que estas mediações se vieram a revelar como nulas. Levou-nos a concluir que agindo sobre a dissociação e a compaixão, não provocará qualquer efeito nos sintomas psicopatológicos despoletados ou agravados pela exposição a experiências traumáticas. Concluímos também que esta relação das experiências traumáticas e os sintomas psicopatológicos é uma relação isolada das outras variáveis (dissociação e compaixão), levando-nos a colocar dúvidas se algo afetará esta relação. Isto não deixa de ser inovador e relevante, pois um não resultado não perde o estatuto de resultado.

Limitações

Uma das limitações que podemos apontar ao nosso estudo é o facto de a nossa amostra ser reduzida para permitir a generalização dos dados, sendo também que o facto dos indivíduos que participaram no nosso estudo pertencem a um tipo de população específica, leva a que os nossos resultados possam apenas ser aproveitados para este tipo de população. Por isso para estudos futuros recomendaríamos dois aspetos, usar uma população reclusa maior e também uma população significativa da população em geral, como amostra de controlo, para os resultados em termos comparativos serem mais passíveis de generalização. Outra alteração que propúnhamos que fosse inserida em futuros estudos era o sexo dos participantes, pois amostras com a presença dos dois sexos tornam-se mais generalistas e representativas da população em geral, algo fundamental à generalização dos resultados.

Algo que podemos apontar ao nosso estudo é o facto dos nossos dados advirem apenas de escalas de autorresposta sem qualquer tipo de “confirmação” clínica. Neste tipo de população a simulação e mesmo o exagero de sintomas, com vários tipos de objetivos, é algo muito presente no dia a dia de uma cadeia e por esta razão torna-se necessário o discernimento do clínico para adequar os resultados à realidade.

Bibliografia

- Agargun, M., Kara, H., Ozer, O., Selvi, Y., Kiran, U. e Kiran, S. (2003a). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry an Clinical Neurosciences*, 57, 139-145;
- Agargun, M., Kara, H., Ozer, O., Selvi, Y., Kiran, U. e Ozer, B. (2003b) Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences* , 57, 575-579;
- Alves, J., Dutra, A e Maia, Â. (2013). História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva* 18 (3), 701-709;
- Alves, J., Dutra, A. & Maia, A., (2013) História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres *Ciência & Saúde Coletiva* [On-line] 2013, 18 (Sin mes) : [Data de consulta: 2 / novembro / 2013] Disponível;
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association;
- Apóstolo, J., Tanner, B. e Arfken, C. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20 (3), 1-7;
- Araújo, F., Nakano, T. e Gouveia, M. (2009). Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), 381-390;
- Bastos, C. (2008). Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 11 (2), 195-207;
- Bierhoff, H. W. (2005). The psychology of compassion and prosocial behavior. Em P. Gilbert (Eds). *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 148-167). New York: Routledge;
- Bloom, S. (1999) Trauma theory abbreviated. *Community works*;
- Boom, K., Hout, M. & Huntjens, R., (2010). Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences*, 48, 447–451;

- Briere, J. e Green, S. (2008). Accumulated Childhood Trauma and Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (2), 223–226;
- Castilho, C. e Pinto Gouveia, J. (2011) Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão. *Psychologica*, 54, 203-230;
- Castilho, P. e Pinto Gouveia, J. (2011) Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230;
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. e Amaral, V. (2010). Recordação das Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância e Psicopatologia: o efeito mediador do Auto-Criticismo. *Psychologica*, 52 (2), 475-498;
- Cordón, I., Pipe, M., Sayfan, L., Melinder, A. e Goodman, G. (2004). Memory for traumatic experiences in early childhood. *Elsevier*, 24, 101-132;
- Costa, J. e Pinto-Gouveia, J. (2011) Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patient's subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302;
- Costa, M. (2010). *Experiências dissociativas, traumáticas e sintomas psicopatológicos numa amostra da população reclusa masculina de Coimbra*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra;
- Cunha, M., Xavier, A. e Vitória, I. (2013). Avaliação da autocompaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (2), 95-117;
- Dalcol, M. (2012) Ética da compaixão: Um contraponto ao rigor da moral Kantiana. *Thaumazein*, 9, 88-96;
- DeVeaux, (2013) The Trauma of the Incarceration Experience. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, 48, 257-277;
- Espírito-Santo, H., e Pio-Abreu, J. L. (2009) Portuguese Validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Journal of trauma & dissociation*, 10, 69-82;

- Espirito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L. e Xavier, M. (2013). 1544 - The Portuguese Traumatic Experiences Checklist (TEC): Psychometrics and prevalence of traumatic experiences. *European Psychiatry*, 28(Supp. 1), 1;
- Fazel, S. e Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550;
- Gilbert, P. (2005). Introduction and Outline. Em P. Gilbert (Eds). *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 1-6). New York: Routledge
- Hassan, L., Birmingham, L., Harty, M., Jarrett, M., Jones, P., King, C., ... Shaw, J. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 37-42;
- Heigel, C., Stuewing, J. e Tangney, J. (2010) Self-reported physical health of inmates: Impact of incarceration and relation to optimism. *J Correct Health Care*, 16 (2), 106-116;
- <http://www.apa.org/>;
- <http://www.enijenhuis.nl/index.html>;
- Koffel, E. e Watson, D., (2009) Unusual Sleep Experiences, Dissociation, and Schizotypy: Evidence for a Common Domain. *Clin Psychol Rev.*, 29 (6), 548-559;
- Neff, K. D (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250;
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101;
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. New York: McGrawWill;
- Pereda, N., Forns, M. e Peró, M. (2007). Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish college students. *Psicothema*, 19 (4), 634-639;
- Pereira, A. (2012) *Trauma e Perturbação do Stress Pós-traumático*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Lisboa;

- Peres, J., Mercante, J. e Nesello, A. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (2), 131-138;
- Pizarro, J. e Stenius, V. (2004) Supermax prisons: their rise, current practices, and effect on inmates. *The prison journal*, 84 (2), 248-264;
- Quinn, G. e Keough, M. (2002). Correlation and Regression. Em G. Quinn e M. Keough (Eds) *Experimental design and data analysis for Biologists* (pp. 80-124). Cambridge: Universidade de Cambridge;
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. e Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255;
- Snow, M., Beckman, D. e Brack, G. (1996). Results of the dissociative experiences scale in a jail population. *Dissociation*, 9 (2), 98-103;
- Svedin, C., Nilsson, D. & Lindell, C., (2004) Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden;
- Vanderlinden, J., Dyck, R., Vandereycken, W. e Vertommen, H. (1991) Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium. *Dissociation*, 4 (4), 180-184;
- Vieira, V. (2009). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em modelagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *R. Adm.*, 44 (1), 17-33.