



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**SINTOMATOLOGIA DISSOCIATIVA, EXPERIÊNCIAS
ADVERSAS NA JUVENTUDE E COMPORTAMENTO AGRESSIVO
NA IDADE ADULTA: ESTUDO EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Trabalho submetido por
Gonçalo Filipe Cerqueira Rodrigues
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

Novembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**SINTOMATOLOGIA DISSOCIATIVA, EXPERIÊNCIAS
ADVERSAS NA JUVENTUDE E COMPORTAMENTO AGRESSIVO
NA IDADE ADULTA: ESTUDO EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Trabalho submetido por
Gonçalo Filipe Cerqueira Rodrigues
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Cristina Soeiro

e coorientado por
Prof. Doutora Telma Catarina Almeida

Novembro de 2021

Resumo

Segundo a literatura, verifica-se uma associação entre níveis elevados de PTSD, BPD, Depressão e sintomatologia dissociativa. Tendo isto presente, esta investigação tem como objetivo identificar a presença de sintomas de dissociação em indivíduos com os diagnósticos referidos, e estudar a sua relação com experiências adversas ocorridas na juventude e comportamento agressivo na idade adulta.

Estudaram-se 11 participantes em contexto hospitalar, a quem foi aplicado uma bateria de instrumentos de avaliação psicológica. Utilizou-se o ACE, que avalia a experiência de adversidades na infância/juventude, o DES, que avalia a presença de sintomatologia dissociativa, e o AQ, que avalia o comportamento agressivo.

Como principais resultados, destacam-se a predominância de sintomatologia dissociativa e comportamento agressivo em indivíduos com PTSD, a presença de experiências adversas na infância/juventude e sintomatologia dissociativa num participante com BPD, e o elevado número de participantes da amostra (cerca de metade) que acusou valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa.

Verificou-se uma predominância de sintomatologia dissociativa em pacientes com PTSD (3 pacientes, 27.27%), quando comparados com um paciente com BPD e um com Depressão (9.09%). Verificou-se também que 3 participantes (27.27%) reportaram ter vivido adversidades acima da média. Desses 3, 1 (9.09%) também acusou sintomatologia dissociativa.

Relativamente ao comportamento agressivo, 2 pacientes com PTSD (18.18%) apresentaram valores acima dos de referência em todas as medidas e exibiram comportamento agressivo. Em contexto laboral, 6 participantes (54.54%) experienciaram problemas com colegas e/ou chefias e exibiram comportamento agressivo. Destes 6 participantes, para além dos 2 com PTSD mencionados anteriormente, 1 participante (9.09%) tinha experienciado também adversidades acima da média sem manifestar comportamento agressivo nem apresentar sintomatologia dissociativa, e outro apresentava sintomatologia dissociativa (9.09%) sem ter experienciado adversidades nem manifestar comportamento agressivo na idade adulta.

Palavras-chave: Sintomatologia Dissociativa; Experiências Adversas na Juventude; Comportamento Agressivo; Perturbação de Stress Pós-traumático; Perturbação *Borderline* da Personalidade; Depressão.

Abstract

According to literature, there is an association between high levels of PTSD, BPD, Depression and dissociative symptoms. This being said, this research aims to identify the presence of dissociative symptoms in individuals with the aforementioned diagnoses, and to study its relation to adverse childhood experiences and aggressive behavior in adult life.

A battery of psychological instruments was applied to 11 participants with previous diagnoses of PTSD, BPD or depression. The instruments were ACE, which assesses adverse childhood experiences, DES, which assesses dissociative symptoms, and AQ, which assesses aggressive behavior.

The results that stand out are the predominance of dissociative symptoms and aggressive behavior in individuals with PTSD, the presence of adverse childhood experiences and dissociative symptoms in an individual with BPD, and the high number of participants (near half) who had results higher than the reference values for dissociative symptoms.

There was a predominance of dissociative symptoms in PTSD participants (3 individuals, 27.27%), when compared to one BPD patient and another one with Depression (9.09%). There were also 3 participants (27.27%) who reported to have endured particularly adverse early life experiences. From those 3, 1 (9.09%) also had dissociative symptoms.

Concerning the aggressive behavior, 2 patients with PTSD (18.18%) presented results above reference values in all measures and exhibited aggressive behavior. In work context, 6 participants (54.54%) experienced problems with their colleagues and/or employers and aggressive behavior. From these 6, besides from the aforementioned two with PTSD, 1 participant also experienced above average adverse childhood experiences without having aggressive behavior or dissociative symptoms, and another one presented dissociative symptoms (9.09%) without ever having experienced adverse childhood experiences or having aggressive behavior in adult life.

Keywords: Dissociative Symptoms; Adverse Childhood Experiences; Aggressive Behavior; Post-Traumatic Stress Disorder; Borderline Personality Disorder; Depression.

Índice

Resumo	1
Abstract.....	3
Índice	5
Índice de Tabelas	7
Introdução	11
Prevalência de Sintomatologia Dissociativa	12
Sintomatologia Dissociativa e Saúde Mental	13
Perturbação de Stress Pós-traumático	13
Depressão	14
Perturbação <i>Borderline</i> da Personalidade	15
Sintomatologia Dissociativa e Experiências Adversas na Juventude	18
Sintomatologia Dissociativa e Comportamento Agressivo	20
Objetivo do Estudo	22
Método.....	23
Participantes.....	23
Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	23
Instrumentos.....	25
Procedimento	26
Resultados.....	29
Participante 1: Sexo Masculino com Perturbação <i>Borderline</i> da Personalidade.....	29
Participante 2: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático.....	30
Participante 3: Sexo Feminino com Perturbação de Stress Pós-traumático	30
Participante 4: Sexo Masculino com Depressão	31
Participante 5: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático.....	32
Participante 6: Sexo Feminino com Depressão	33
Participante 7: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático.....	34
Participante 8: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático.....	35
Participante 9: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático.....	36
Participante 10: Sexo Masculino com Depressão	37
Participante 11: Sexo Masculino com Depressão	38
Discussão	39

Conclusão	43
Referências	45

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 11)	23
Tabela 2 Caracterização antecedentes familiares dos participantes (N = 11)	24
Tabela 3 Valores de referência da DES (Espírito-Santo & Abreu, 2008).	26
Tabela 4 Valores de referência do AQ (Buss & Perry, 1992)	26
Tabela 5 Valores apresentados pelo participante 1 na DES e no AQ.....	29
Tabela 6 Valores apresentados pelo participante 2 na DES e no AQ.....	30
Tabela 7 Valores apresentados pela participante 3 na DES e no AQ.....	31
Tabela 8 Valores apresentados pelo participante 4 na DES e no AQ.....	32
Tabela 9 Valores apresentados pelo participante 5 na DES e no AQ.....	33
Tabela 10 Valores apresentados pela participante 6 na DES e no AQ.....	33
Tabela 11 Valores apresentados pelo participante 7 na DES e no AQ.....	34
Tabela 12 Valores apresentados pelo participante 8 na DES e no AQ.....	35
Tabela 13 Valores apresentados pelo participante 9 na DES e no AQ.....	36
Tabela 14 Valores apresentados pelo participante 10 na DES e no AQ.....	37
Tabela 15 Valores apresentados pelo participante 11 na DES e no AQ.....	38

Lista de Abreviaturas

ACE - Family ACE Questionnaire

AQ - Questionário de Agressividade

BPD - Perturbação *Borderline* da Personalidade

DES - Dissociative Experience Scale

PTSD - Perturbação de Stress Pós-traumático

TDI - Transtorno Dissociativo de Identidade

Introdução

A relação estabelecida entre saúde mental, experiências adversas, sintomatologia dissociativa e o comportamento violento em idade adulta é um tema pouco estudado, enaltecendo a pertinência de estudos que colmatem esta lacuna na literatura científica. O estudo e aprofundamento desta temática pode traduzir-se num maior conhecimento sobre como a forma e manifestações de doença mental e comportamentos agressivos surgem enquanto expressão da sintomatologia dissociativa, e de que forma experiências adversas ocorridas na infância podem influenciar a manifestação de comportamentos agressivos na idade adulta.

Considera-se que a saúde mental é parte integrante da saúde no geral, sendo mais do que somente a ausência de doença, e estando relacionada com a saúde física e com o comportamento (Herrman et al., 2004). Por sua vez, doença mental pode ser definida como um conjunto de sintomas ou comportamentos associados na maior parte dos casos a ansiedade e com interferência nas funções pessoais (WHO, 1992). Klassen (2021), no entanto, considera que a doença mental se refere a padrões mal adaptativos que impactam a capacidade de cada um de funcionar física e emocionalmente, ou ambos. O conceito de doença mental ainda possui uma forte conotação negativa, sentimento de ameaça e vulnerabilidade das pessoas em questão (Weber & Juruena, 2017). A opinião geral sobre a doença mental permanece associada a pessoas violentas, agressivas, incapazes, loucas, que frequentemente quebram normas, funcionamentos sociais, sentimentos, crenças ou valores religiosos e morais de cada cultura (Weber, 2012).

De acordo com a literatura, existe uma associação entre determinados tipos de doença mental - nomeadamente, níveis elevados de Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD), Perturbação *Borderline* da Personalidade (BPD) e Depressão - e sintomatologia dissociativa (Şar, 2011; Şar et al., 2013; Şar, 2014). A Dissociação é caracterizada pela falta de integração normal das funções psicológicas, que incluem pensamentos, sentimentos, memórias, perceções e consciência do ambiente circundante (APA, 2013). A dissociação é um fenómeno complexo, de difícil diagnóstico, que é prevalente em perturbações dissociativas, como Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), PTSD e BPD (APA, 2013; Lyssenko et al., 2018).

Considera-se que a dissociação enquanto estratégia de *coping* se desenvolve através e devido a experiências insuportáveis demasiado desestruturantes para serem vividas e geridas por apenas um “eu”, frequentemente associadas a uma figura de vinculação na

infância (Parry et al., 2018). Segundo Lilienfeld et al. (1999), as crianças que experienciam trauma podem dissociar ou compartimentar as suas experiências e reprimir as suas memórias.

Numa meta-análise (Leschied et al., 2008), verificou-se uma relação entre a existência de experiências adversas na infância, comportamento agressivo e posterior contacto com o sistema de justiça. Como tal, existem evidências empíricas que sugerem a relação entre maior variedade de experiências adversas e o comportamento desviante e agressivo. No estudo de Silven & Giese (2012) os autores postularam que dos sintomas que podem resultar da exposição a stressores, constam o PTSD (APA, 2000), a agressão reativa (Crapanzano et al., 2010) e sintomatologia dissociativa (Waelde et al., 2009), enaltecendo a relação entre esta última, o comportamento agressivo e experiências adversas ocorridas no passado.

Prevalência de Sintomatologia Dissociativa

O conhecimento existente acerca das perturbações e sintomatologia dissociativas é ainda pouco robusto na literatura, motivo pelo qual não existe muita informação ou consenso no que concerne à sua prevalência. Em todo o caso, considera-se que, na população em geral, aproximadamente 60% a 65% dos indivíduos já tenham passado por algum tipo de experiência dissociativa (Waller et al., 1996).

Estima-se que a prevalência de dissociação em populações não-clínicas seja de 11%, sendo que desses 11%, mais de 5% terão altos níveis de sintomatologia dissociativa (Putnam et al., 1996; Ross et al., 1990; Vanderlinden et al., 1993). Mulder et al. (1998) constatou que, numa amostra de 1028 adultos, 6.3% manifestavam altos níveis de dissociação. Estudos no Norte de África demonstraram que entre 13% a 20.07% dos pacientes internados em contexto psiquiátrico tinham uma perturbação dissociativa (Ross et al., 1991; Saxe et al., 1993). Por sua vez, estudos em Istambul sobre perturbações dissociativas pressupõem uma prevalência ligeiramente superior a 10% em pacientes internados e em regime ambulatorio (Sar et al., 2003). Um estudo finlandês (Lipsanen et al., 2004) reportou uma prevalência de 14% em pacientes em ambulatorio e de 21% em pacientes em internamento. Na Suíça (Mueller et al., 2007), chegaram à conclusão de que a prevalência das perturbações dissociativas era de 25%. Nos Estados Unidos da América, pacientes em internamento e ambulatorio reportaram ainda maiores níveis de prevalência do que nos estudos anteriormente mencionados (Foote et al., 2006; Ross et al., 2002).

Mais recentemente, numa meta-análise de 31905 alunos, cerca de 11.4% dos indivíduos apresentavam critérios para uma perturbação dissociativa (Kate et al., 2020).

A sintomatologia dissociativa está muitas vezes associada a comorbilidades como PTSD, perturbações do espectro psicótico, distúrbios alimentares, perturbações obsessivo-compulsivas, consumo excessivo de substâncias, perturbações de pânico, perturbações bipolares, e especialmente perturbações *borderline* e depressões major (Mohajerin et al, 2019), tendo sido demonstrado que o TDI e as suas repercussões se arrastam e perpetuam ao longo da vida adulta, sob as forma de tentativa de suicídio, comportamentos autodestrutivos e abuso de substâncias. De facto, muitos pacientes com TDI são diagnosticados com ansiedade (cerca de 90%) e perturbações depressivas (80%) (Wang et al., 2018).

De acordo com uma meta-análise (Lyssenko et al., 2018), sintomatologia dissociativa é muito frequente em várias perturbações mentais. Os scores mais elevados de dissociação medidos com a Dissociative Experience Scale (DES) foram encontrados em pacientes com TDI, seguidos por pacientes com PTSD e pacientes com BPD.

Sintomatologia Dissociativa e Saúde Mental

Perturbação de Stress Pós-traumático

Somente nos anos 80, após a publicação de estudos mais aprofundados acerca da dissociação (Bernstein & Putnam, 1986; Briere & Runtz, 1987) é que os primeiros estudos que focavam a relação entre a sintomatologia dissociativa e eventos traumáticos começaram a surgir. Em 1999, uma revisão de literatura que refletia os primeiros 12 anos de investigação sobre trauma, dissociação e PTSD, concluiu que existia uma forte relação entre a dissociação e trauma e entre a dissociação e PTSD (Gershuny & Thayer, 1999).

Em indivíduos com PTSD ou casos de PTSD mais intenso, a sintomatologia dissociativa manifesta-se tipicamente de forma moderadamente severa e disruptiva, comparativamente com a existente em indivíduos com transtornos dissociativos (Ginzburg et al., 2009; Steele et al., 2009; Waelde et al., 2009). Por exemplo, em casos de PTSD, podem verificar-se distorções nas percepções acerca do “self”, mas não uma completa dissociação de identidade como sucede em indivíduos com TDI (Carlson et al., 2012). Os sintomas mais frequentes em indivíduos com trauma são o facto de estes se desconectarem da realidade e evidenciarem distorções na percepção do “self” ou ambiente circundante, incluindo desrealização e despersonalização (Carlson et al., 2012).

Para investigar a relação entre o PTSD e a dissociação, diversos estudos incluíram comparações dos níveis de dissociação entre participantes com PTSD expostos a trauma, e participantes sem PTSD expostos a trauma. Em 11 dos 13 estudos, os níveis de dissociação eram significativamente maiores nos participantes com PTSD, estando assim o diagnóstico de PTSD frequentemente associado a níveis elevados de dissociação.

No estudo de Carlson et al. (2001), foram conduzidas análises aos relatos de qualquer tipo de abuso na infância numa amostra de pacientes internados em contexto psiquiátrico. Dos pacientes que não possuíam uma perturbação dissociativa, 73% reportaram algum tipo de abuso na infância, assim como 98% dos que possuíam uma perturbação dissociativa. Estes resultados sustentam a conclusão de que a dissociação em indivíduos com perturbações dissociativas está relacionada com a exposição ao trauma. Por sua vez, no estudo de Foote et al. (2006) com uma amostra em contexto de Hospital Psiquiátrico, verificou-se que 71% dos pacientes com perturbações dissociativas reportavam historial de abuso físico na infância e que 75% reportavam historial de abuso sexual na infância.

Vários estudos com pacientes traumatizados indicaram que níveis mais elevados de dissociação estão relacionados com níveis mais elevados de sintomas de PTSD (Dorrepal et al., 2012; Hagenaars et al., 2010). Numa amostra de estudantes de uma universidade no Norte da Irlanda, Armour et al. (2014) verificaram que os scores na amnésia (no presente) e envolvimento imaginativo (e.g., fantasia ou sonhar acordado), itens da Dissociative Experience Scale (DES), estavam fortemente associados aos clusters de sintomas de PTSD e à despersonalização/desrealização.

Uma revisão sistemática da literatura (Carlson et al., 2012) mostrou existirem evidências de que a dissociação está moderadamente relacionada com a exposição ao trauma, e que a sintomatologia dissociativa aumenta exponencialmente imediatamente após a exposição a um trauma, reduzindo gradualmente. Este estudo também identificou que a dissociação está fortemente relacionada com a presença de sintomas de PTSD, e que a presença de níveis elevados de dissociação aumenta a possibilidade da presença de níveis elevados de sintomas de PTSD.

Depressão

A depressão é bastante comum em indivíduos com sintomatologia dissociativa (Fung et al., 2020). A literatura sugere que mais de 80% dos indivíduos com dissociação patológica tem historial de episódios de depressão major (Ross et al., 1990; Şar et al., 1996). Tutkun et al. (1998) constataram que 82.4% dos pacientes com transtornos

dissociativos teve ou tinha depressão major, sendo esse o principal problema que levava os pacientes com transtornos dissociativos aos serviços de emergência.

Alguns estudos indicam que a depressão está associada a comportamentos de alto risco (automutilação e suicídio) em pacientes com transtornos dissociativos (Webermann et al., 2016). No estudo de Fung et al. (2017), os autores examinaram a frequência e as correlações clínicas da depressão em indivíduos com dissociação patológica. Como principais resultados, destacam-se os níveis de depressão estarem associados à presença de trauma na infância e idade adulta em indivíduos com dissociação patológica, os níveis de depressão estarem fortemente relacionados com sintomas de PTSD, e a recuperação clínica face ao tratamento estar mais relacionada com os níveis de depressão e sintomas de BPD do que com a sintomatologia dissociativa.

Os resultados do estudo de Fung et al. (2017) são consistentes com a hipótese de existir um subtipo dissociativo da depressão proposta por Şar (Şar et al., 2013; Şar, 2011, 2014). De acordo com o autor, este subtipo dissociativo de depressão é caracterizado por elevados níveis de trauma infantil, comorbidades, ideação suicida e resistência ao tratamento. Os resultados sugerem também que elevados níveis de depressão estão associados a diversas variáveis clínicas em indivíduos com dissociação patológica, incluindo níveis elevados de PTSD e mais sintomas de BPD. Em particular, os níveis de depressão estão fortemente relacionados com sintomas de PTSD na amostra do estudo, assim como também os sintomas de BPD e sintomatologia dissociativa.

Perturbação *Borderline* da Personalidade

Na sua essência, a Perturbação *Borderline* da Personalidade representa uma perturbação da experiência do “*self*”, sendo a sua principal característica sentimentos de desligamento em diversas esferas da vida. O isolamento exibido pelos indivíduos que padecem da perturbação espelha o estado da sua fragmentação interna, à semelhança da dissociação (Mahoney, 2017). Meares (2012) postula que tanto a PTSD como a BPD partilham a característica da fragmentação do *self*. O autor acrescenta que pacientes com BPD manifestam significativamente maior dissociação comparativamente a outros pacientes psiquiátricos, com exceção dos pacientes com TDI.

A literatura tem demonstrado que os níveis de dissociação são significativamente maiores em casos de BPD do que em indivíduos com outras perturbações da personalidade ou pacientes psiquiátricos (Herman et al., 1989; Simeon, et al., 2003; Ross, 2007; Zanarini et al., 2000;).

A dissociação ocorre em cerca de 2/3 de indivíduos com BPD (Korzekwa et al., 2009) e a BPD pode ser diagnosticada entre 1/3 a 2/3 em indivíduos com TDI (Boon & Draijer, 1993; Dell, 1998). Sintomas como perdas de memória de eventos marcantes ou pessoas durante períodos de tempo, sensação de que estão desligados do próprio corpo e outras experiências de despersonalização e desrealização, sensação de que as pessoas e coisas no seu redor não são reais, perda de identidade e alucinações auditivas, são comuns neste tipo de quadros patológicos (Mosquera et al., 2013).

Perturbações dissociativas com BPD como comorbidade têm maior morbidade e mais pobre funcionamento do que casos de perturbações dissociativas sem BPD (Dell, 1998; Horevitz & Braun, 1984). O TDI pode ser diagnosticado em 10 a 27% da população com BPD (Conklin & Westen, 2005; Laddis & Dell, 2002; Ross, 2007; Sar et al., 2003; Sar, et al., 2006). Por sua vez, BPD é diagnosticado em 30%-70% da população com TDI (Boon & Draijer, 1993; Dell, 1998; Ellason et al., 1996; Horevitz & Braun, 1984; Ross et al., 1990; Sar et al., 2003).

A literatura demonstra que experiências traumáticas estão presentes em pacientes com BPD. Há uma significativa sobreposição de sintomas entre PTSD e BPD. Experiências traumáticas e/ou problemas de vinculação são denominadores comuns a ambas as perturbações, como também às perturbações dissociativas (Mosquera & Steele, 2017).

Sintomas que ocorrem em pacientes com PTSD ou perturbações dissociativas são muitas vezes os mesmos que nos pacientes com BPD, como por exemplo, automutilação, tentativas de suicídio, alucinações auditivas, alterações na percepção do *self* e estados de consciência, amnésia, despersonalização, dificuldades na esfera relacional e evitamento fóbico de experiências traumáticas (Mosquera, & Steele, 2017).

Em indivíduos diagnosticados com BPD, os rácios de abuso sexual de crianças e múltiplas formas de abuso infantil são maiores do que em outras perturbações de personalidade e grupos psiquiátricos de controlo (Herman et al., 1989; Laporte & Guttman, 2001; Links et al., 1988; Paris et al., 1994).

A maioria dos estudos verificou que em casos de BPD, a dissociação está relacionada significativamente com o abuso infantil (Ross-Gower et al., 1998; Shearer, 1994; Van Den Bosch et al., 2003). Por exemplo, no estudo de Battle (2004), numa amostra de 214 pacientes com BPD, 81% tinham sofrido abuso e maus-tratos na infância, 44% tinham sido vítimas de abuso sexual e 90% sofreram de negligência.

Numa meta-análise recente, Vonderlin et al. (2018) corroboraram isso mesmo, especialmente o abuso sexual e físico perpetrado por cuidadores, com a idade precoce aquando do início do abuso, uma maior duração do abuso e abuso parental. As experiências adversas supramencionadas, segundo Vonderlin et al. (2018), predizem maiores níveis de dissociação.

O abuso infantil é um importante fator no desenvolvimento de dissociação em pacientes com BPD em muitos casos, mas não em todos os pacientes. O trauma infantil pode ser um suficiente fator de predisposição para ocorrer dissociação em alguns pacientes com BPD, mas será apenas um de diversos fatores para outros pacientes (Korzekwa et al., 2009). Outras experiências adversas que se correlacionam com a dissociação em BPD incluem disfunção maternal (Van Den Bosch, 2009), testemunhar violência (Zanarini, 2000), vinculação evitante, negligência (Simeon, 2003), cuidado inconsistente por parte de um cuidador (Zanarini, 2000) e abuso sexual por parte de um adulto (Shearer, 1994; Zanarini, 2000).

Contudo, as causas de dissociação em BPD são multifatoriais. Nem todos os indivíduos com BPD que dissociam foram abusados, e nem todos os indivíduos com BPD têm problemas de vinculação (Korzekwa et al., 2009).

A literatura tem indicado que a dissociação e perturbações dissociativas são de facto comuns em pacientes com BPD (Conklin & Westen, 2005; Korzekwa et al., 2009; Ross, 2007; Sar et al., 2004; Sar et al., 2006). Por exemplo, no estudo de Korzekwa et al. (2009), verificou-se que 24% de uma amostra de utentes com BPD não reportaram dissociação, 29% experienciaram dissociação leve (amnésia e despersonalização), 24% possuíam critério para Outro Transtorno Dissociativo Especificado, e 24% possuíam critério para TDI. Por outro lado, BPD é também comum em pacientes com TDI (Ellason et al., 1996; Ross, 2007).

No estudo de Laddis e Dell (2002), verificou-se que pacientes com BPD sem uma perturbação dissociativa como comorbidade, tinham sintomas de stress pós-traumático menos intensos do que pacientes com BPD com comorbidade de perturbação dissociativa. Não obstante, constatou-se que pacientes com BPD com comorbidade de perturbações dissociativas não diferem significativamente de um grupo de comparação com TDI. Os autores chegaram à conclusão de que a dissociação não é necessariamente um aspeto inerente da BPD, uma vez existir uma minoria de pacientes com BPD que não manifestam sintomatologia dissociativa.

Sintomatologia Dissociativa e Experiências Adversas na Juventude

Por adversidade, consideram-se todas as condições que ameaçam o bem-estar físico e emocional de um indivíduo (Gunnar, 2000). Podem ser experiências adversas, situações como o abuso emocional, físico ou sexual; negligência emocional ou física; crescimento em contacto com situações de violência doméstica ou de abuso de substâncias como álcool ou droga por um adulto cuidador; pai e/ou mãe com doença mental; e eventos como divórcio, separação ou prisão do pai ou da mãe (Veja-Arce & Nunez-Ulloa, 2017). A literatura demonstra que adultos com historial de doença psiquiátrica apresentam um largo historial de experiências adversas na infância, e que quanto piores as experiências, mais gravosas as repercussões a nível físico e psicológico, podendo se estabelecer uma relação entre quanto maior exposição a adversidades na infância, maior gravidade de perturbações psicológicas em idade adulta (Edwards et al., 2003). Como repercussão das experiências adversas supramencionadas, duas das perturbações psicológicas que mais se destacam, pela exposição a experiências traumáticas, são a dissociação e PTSD (Maia et al., 2006).

Acredita-se que o início da dissociação possa desenvolver-se na infância, em estados de desenvolvimento precoces, onde é natural as crianças terem amigos imaginários, personificarem e criarem vozes para peluches e brinquedos. Perante a existência de sentimentos e pensamentos difíceis de assimilar e ultrapassar, as crianças “colocam-nos” noutras “entidades” (McLean Hospital, 2019). Estudos empíricos e a literatura postulam que as tendências dissociativas atingem o seu pico na infância e adolescência (Wang et al., 2018). Em estudos mais recentes, tem vindo a ser discutido que uma baixa regulação emocional pode configurar um *trigger* para a dissociação, uma vez que indivíduos com TDI, sendo esta a mais gravosa forma de dissociação, na sua maioria, apresentam baixos valores de regulação emocional (Parry et al., 2018).

Sujeitos que possuem este tipo de transtorno apresentam os maiores rácios de trauma infantil, particularmente quando combinados os abusos físicos, sexuais e emocionais (Hornstein & Putnam, 1992; Lewis & Yeager, 1996; Loewenstein et al., 2017; Putnam et al., 1996; Spiegel et al., 2011). Alguns estudos demonstram que o trauma infantil tem inúmeros efeitos no desenvolvimento e repercussões de saúde de quem os experiencia (Afifi et al., 2016; de Bellis, 2001; Teicher et al., 2016). Um dos efeitos que pode ser observado é a forma como os indivíduos habitam e experienciam os seus corpos enquanto adultos (Kolk, 2014), verificando-se um extenso registo clínico de distorções relacionadas com o corpo em indivíduos com historial de trauma infantil (Goodwin & Attias, 1999).

Estas distorções manifestam-se de diferentes formas (Scheffers et al., 2017). As mais frequentes subdividem-se em duas categorias: despersonalização, e percepção e imagens negativas do corpo.

A despersonalização é descrita como um sentimento de desligamento do corpo ou da sua noção do “eu” (APA, 2013). Experiências de despersonalização são comumente atribuídas a indivíduos com histórias de trauma infantil (Putnam, 1989; Simeon et al., 2001). Na altura do trauma e anos que se seguem, a percepção de que o corpo e de que as sensações internas não são suas pode possibilitar à criança sobreviver a experiências extremas de ameaça e preservar vínculos afetivos necessários para a sua sobrevivência (Freyd, 1996).

A literatura demonstra uma forte associação entre sintomatologia dissociativa e história de trauma na infância, geralmente sob a forma de abuso infantil, sendo o abuso sexual a forma mais frequente. Somente 3 dos 100 indivíduos com TDI que Putnam et al. (1986) estudaram não tinham uma história de trauma na infância. Entre 203 pacientes com TDI, 79.2% experienciaram abuso sexual enquanto crianças e 74.9% foram abusados fisicamente (Ross et al., 1989). Homens diagnosticados com TDI indicam altos níveis de abuso sexual na infância, com 85% a reportar histórias de abuso (Loewenstein & Putnam, 1990). No estudo de Ross (1991), mais de 90% dos indivíduos com um diagnóstico clínico de TDI reportaram terem sido vítimas de abuso físico e/ou sexual na infância. O abuso infantil, particularmente sexual, é um fator de risco para o TDI, e homens que tenham sido abusados sexualmente reportam experienciar dissociação em simultâneo com sentimentos de medo e raiva (Sigurdardottir et al., 2012).

Allagia e Mishna (2014) indicaram que até 26% dos homens, e até 36% de todos os homens com problemas clínicos reportaram abuso sexual enquanto crianças. No estudo de Zeligman et al. (2017), todos os homens entrevistados reportaram uma significativa história prolongada de abuso, indo de encontro ao anterior estudo de Loewenstein e Putnam (1990), no qual os homens reportaram níveis elevados de violência interpessoal, participação em homicídios e comportamento criminal.

Alexander e Schaeffer (1994) verificaram que indivíduos que sofrem de dissociação patológica têm e/ou tiveram ambientes familiares onde era comum a ocorrência de violência, conflitos, abusos e comportamentos de controlo por parte dos cuidadores. Um estilo de vinculação desorganizado e a ausência de suporte familiar e social, em combinação com um historial de abuso, são considerados os melhores preditores de dissociação e TDI (Howe, 2006; Kluft, 1984; Lyons-Ruth et al., 2006). Considerando a

relação que se verifica entre as experiências adversas na infância e a sintomatologia dissociativa é, no entanto, pouco clara a razão pela qual estudos de caso longitudinais de crianças traumatizadas são recorrentemente incapazes de demonstrar crianças que desenvolvem formas extremas de dissociação e/ou TDI em idade adulta (Beichtman et al., 1992; Ernst et al., 1993). Ainda que uma história continuada de violência física ou sexual por parte de membros da família esteja associada a este tipo de quadros psicopatológicos, alguns estudos demonstram que existem pacientes que não reportam ou exibem quaisquer evidências de abuso (Spira, 1996).

A dissociação extrema pode ocorrer na ausência de abuso na infância, e experiências de abuso infantil não levam necessariamente ao desenvolvimento de dissociação patológica. No entender de outros autores, é igualmente claro que algumas crianças são mais propensas a dissociar e criar amigos imaginários do que outras, e que uma variedade de fatores (incluindo família de origem, ordem de nascimento, genética e inteligência) (Cohen 2004) podem ter um impacto na forma como alguém tende a dissociar (Meiese, 2016).

Sintomatologia Dissociativa e Comportamento Agressivo

Ainda que a definição de agressão tenha mudado ao longo dos anos, as definições utilizadas na comunidade científica têm evoluído no sentido de convergir em somente uma (Allen & Anderson, 2017). A agressão é definida como um comportamento que tenciona magoar outra pessoa que está motivada para evitar esse ato (Bushman & Huesmann, 2010; DeWall et al., 2012). Com o objetivo de melhor distinguir diferentes tipos de agressão, Anderson e Bushman (2002) definiram a agressão humana como qualquer comportamento direcionado a outro indivíduo com a intenção próxima ou imediata de causar dano.

A agressão pode surgir de diversas formas, e diferentes tipos de agressão têm vindo a ser identificados na literatura (Krahé, 2013; Parrott & Giancola, 2007). Uma das mais frequentes formas de distinção na classificação do comportamento agressivo é a forma de resposta (Allen & Anderson, 2017). A agressão é na maioria das vezes classificada como sendo física, verbal ou relacional (Bushman & Huesmann, 2010). A agressão física envolve ferir fisicamente outra pessoa (e.g., esmurrar, pontapear, esfaquear ou disparar). A agressão verbal implica utilizar palavras para ferir outra pessoa (e.g., chamar nomes, praguejar ou gritar). Por sua vez, a agressão relacional consiste em ferir outrem ao atingir as suas relações sociais ou fazer com que não se sintam aceites ou se sintam excluídos

(e.g., espalhar rumores, não convidar alguém para eventos sociais ou dizer a outrem para que não se relacionem com determinado indivíduo). Tem vindo a ser defendido na literatura que a agressão pode também ser de natureza postural (e.g., fazer gestos ameaçadores ou invadir o espaço pessoal) (Krahé, 2013; Parrott & Giancola, 2007), ainda que esta última classificação seja menos frequente do que as outras formas de resposta. A agressão pode ainda ser classificada como ativa ou passiva (Bushman & Huesmann, 2010; Buss, 1961; Krahé, 2013). A agressão ativa implica envolvimento em comportamentos que firam outrem, enquanto a agressão passiva consiste em não prestar auxílio ou qualquer comportamento que ajude alguém em necessidade (Allen & Anderson, 2017).

O comportamento violento é definido como o uso de força física com a intenção de magoar outra pessoa (Susser et al., 2000). A definição mais comum de violência na literatura científica é de que se trata de uma forma extrema de agressão que tem como objetivo provocar danos físicos graves ou a morte a outrem (Anderson & Bushman, 2002; Bushman & Huesmann, 2010; Huesmann & Taylor, 2006). Ainda que a violência seja por vezes considerada como estando separada da agressão, especialmente por criminologistas, políticos, forças policiais e público geral, a maior parte dos psicólogos considera a violência como sendo um subtipo da agressão (Allen & Anderson, 2017).

Tanto comportamentos violentos como agressivos são conceptualizados como estando num espetro que oscila entre relativa menor severidade (e.g., empurrar) e violência (e.g., homicídio) (Allen & Anderson, 2017). Todos os atos de violência são considerados agressivos, mas nem todos os atos de agressão são considerados violentos. Ao longo das décadas tem-se vindo a verificar um maior consenso no que concerne à existência de associações entre violência, agressão e determinadas formas de doença mental (Palmeستيerna e Wistedt, 1988; Pearson et al., 1986; Wallace et al., 1998).

No caso da população reclusa, verificam-se evidências de que existe uma considerável prevalência de perturbações psiquiátricas em indivíduos acusados de comportamentos violentos (Assadi et al., 2006; Cardoso et al., 2004; Teplin et al., 1996). Esta informação é corroborada no estudo de Shaw et al. (2006), que avaliou 1594 condenados por homicídio em Inglaterra entre 1996 e 1999. No referido estudo, constatou-se que 5% (n=85) dos homicidas estavam diagnosticados com esquizofrenia, verificando-se a associação entre a perturbação e a condenação por homicídio (Shaw et al., 2006). Vevera et al. (2005) estudaram diferentes amostras de pacientes com esquizofrenia, num total de 404 pacientes. Através dos resultados, verificou-se uma

associação entre violência e esquizofrenia em 41,8% dos homens e 32,7% das mulheres, sem comorbidade com abuso de substâncias.

Indivíduos com perturbações psicóticas têm maior risco e propensão a perpetrar comportamentos violentos quando comparados com a população normativa (Fazel et al., 2009; Large & Nielssen, 2011). Diversos fatores de risco para o comportamento violento (como crimes cometidos previamente, delírios e alucinações, falta de *insight* e consumo de substâncias) foram identificados em perturbações psicóticas (Witt et al., 2013).

Episódios e experiências dissociativas são frequentemente experienciados por indivíduos que se envolvem em comportamentos violentos (Moskowitz, 2004). Os estudos concluem que a dissociação prediz o comportamento violento, verificando-se a necessidade de estudar a relação entre transtornos dissociativos e o comportamento violento (Moskowitz, 2004), uma vez que há evidências que demonstram que estes indivíduos cometem e já cometeram crimes contra a integridade física e homicídios (Lewis et al., 1997; Sakarya et al., 2012).

No estudo de Loewenstein e Putnam (1990) que avaliou a história de violência e contacto com o sistema de justiça de indivíduos com TDI, os autores reportaram que sensivelmente 1/3 dos participantes exibiam *alters* homicidas, sendo que 19% dos homens e apenas 7% das mulheres reportaram terem efetivamente cometido homicídio. No estudo de Lewis et al. (1997), os autores afirmam que, dos pacientes ambulatoriais masculinos que procuravam tratamento para o TDI, 64% tinham demonstrado comportamento agressivo que chegou perto de culminar em homicídio. Por contraste, uma muito menor percentagem de mulheres (9%) era similarmente agressivas (Lewis et al., 1997).

De destacar que no estudo de Lewis et al. (1990), a maioria dos participantes com TDI não eram pacientes em regime ambulatorio, mas sim indivíduos que se encontravam presos por cometimento de crimes violentos.

Objetivo do Estudo

O presente estudo tem como objetivo principal identificar a presença de sintomas de dissociação em indivíduos com os diagnósticos de Perturbação Borderline de Personalidade, Perturbação de Stress Pós-Traumático e/ou Depressão, e estudar a sua relação com experiências adversas ocorridas na juventude e com o comportamento agressivo na idade adulta.

Método

A presente investigação recorreu a uma abordagem de natureza qualitativa, mais concretamente, à técnica do estudo de casos. Tal metodologia foi pertinente uma vez tratar-se de uma amostra com tamanho reduzido, para além de ser uma investigação cujos limites e contextos não são ainda claramente compreendidos pela comunidade científica.

Participantes

Participaram neste estudo 11 indivíduos provenientes de internamento ou consulta externa em contexto hospitalar no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, com os diagnósticos primários de Perturbação *Borderline* de Personalidade, Perturbação de Stress Pós-Traumático e/ou Depressão.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Dos 11 participantes, 7 são do sexo masculino (81.8%) e 2 do sexo feminino (18.2%), com idades compreendidas entre os 53 e os 76 anos de idade ($M = 66.9$, $DP = 7.9$). A amostra é constituída por indivíduos solteiros (45.5%), casados (45.5%) e um divorciado (9.1%). Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa e caucasianos. Quanto às habilitações literárias dos participantes, verificou-se que 36.4% tinham completado o 1º ciclo e, no que concerne aos consumos, todos consumiam álcool e/ou tabaco, sendo que a maioria (81.8%) consumia regularmente ambos (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 11)

		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	9	81.8
	Feminino	2	18.2
Estado civil	Solteiro	5	45.5
	Casado	5	45.5
	Divorciado	1	9.1
Escolaridade	1º Ciclo	4	36.4
	2º Ciclo	1	9.1
	3º Ciclo	2	18.2
	Secundário	3	27.3
	Licenciatura	1	9.1
Nacionalidade	Portuguesa	11	100.0

Etnia	Caucasiana	11	100.0
Consumos	Álcool	1	9.1
	Tabaco	1	9.1
	Ambos	9	81.8

Dos 11 participantes, 7 (63.6%) já tinham sido internados no passado, sendo que 2 (18.2%) foram internados 3 ou mais vezes. No que concerne a acompanhamento psiquiátrico, 5 (45.5%) apresentavam historial de institucionalização e desses, 3 foram institucionalizados uma vez, 1, duas vezes e outro três vezes. À data da recolha de dados, 7 (63.6%) dos participantes tinham sido diagnosticados com PTSD, 3 (27.3%) com Depressão, e 1 (9.1%) com BPD. Apenas um participante possuía um diagnóstico passado diferente do atual, tendo recebido um diagnóstico de claustrofobia antes do de PTSD. No que diz respeito ao comportamento agressivo em contexto laboral, 2 (18.2%) participantes admitiram já ter experienciado problemas na esfera relacional com colegas e chefias.

Foi também realizada uma caracterização dos antecedentes familiares dos participantes da amostra (Tabela 2). Verificou-se que a maioria (91%) dos participantes considerou que o nível socioeconómico do seu agregado era baixo ou médio. No que se refere ao historial criminal da família dos participantes, apenas um reconheceu haver envolvimento familiar em atividade criminosa (9.1%). No que diz respeito à relação com os elementos do agregado, assim como ao consumo de substâncias por parte da família e também historial de suicídio e/ou tentativa de suicídio, não se evidenciaram grandes discrepâncias na avaliação da mesma (45.5% vs. 54.5%).

Tabela 2

Caracterização antecedentes familiares dos participantes (N = 11)

		<i>n</i>	%
Nível socioeconómico	Baixo	5	45.5
	Médio	5	45.5
	Alto	1	9.1
Relação agregado	Boa	5	45.5
	Má	6	54.5
Historial criminal	Sim	1	9.1
	Não	9	81.8
	Não sabe	1	9.1
Consumos na família	Sim	6	54.5
	Não	5	45.5

Historial de suicídio ou tentativa	Sim	5	45.5
de suicídio na família	Não	6	54.5

Instrumentos

A recolha de informação realizou-se através da realização de entrevista aos participantes com a aplicação de:

1. Um questionário sociodemográfico.
2. Instrumentos de avaliação psicológica:

- A versão portuguesa do *Family ACE Questionnaire* (Questionário da História de Adversidade na Infância: Felitti & Anda, 1998; versão portuguesa Silva & Maia, 2007) visa medir a ocorrência de experiências adversas que um indivíduo experiencia até aos 18 anos. O instrumento possui 10 subescalas que pretendem avaliar experiências de adversidade ocorridas na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, divórcio ou separação parental, prisão de um membro da família, doença mental ou suicídio, negligência física e negligência emocional. O ACE pontua 1 na presença das experiências adversas supramencionadas e 0 na sua ausência. Atribui-se o valor 0 nas subescalas se em nenhuma das questões existir pontuação, e atribui-se o valor 1 se pelo menos em uma das questões o indivíduo responder de forma afirmativa. O valor total do ACE pode variar entre 0 e 10. O presente instrumento possui um alfa de *Cronbach* de .88, e coeficientes de *Kappa* de .56 a .72 para as categorias de abuso físico, abuso emocional e violência doméstica, e de .46 a .86 para as restantes categorias, apresentando desta forma, uma consistência interna adequada, justificando-se a adequação do mesmo à presente investigação;

- A versão portuguesa do *Dissociative Experience Scale* (DES) (Bernstein, & Putnam, 1986; versão portuguesa Espírito-Santo, & Pio-Abreu, 2008) visa avaliar sintomatologia dissociativa na forma de percentagem, o que pressupõe um valor mínimo de 0 e máximo de 100 para todas as escalas. O instrumento possui 4 subescalas: Fator 1 (Despersonalização-desrealização), Fator 2 (Absorção), Fator 3 (Distratibilidade) e Fator 4 (Memória Perturbada). Apresenta um alfa de *Cronbach* de .94, indicando uma boa consistência interna e adequação do mesmo aos objetivos da investigação;

- Questionário de Agressividade de Buss & Perry (AQ: Buss & Perry, 1992), constituído por 29 itens que avaliam a agressividade em 4 medidas: Agressão Física ($\alpha=.85$), Agressão Verbal ($\alpha=.72$), Raiva ($\alpha=.83$) e Hostilidade ($\alpha=.77$). A menor

pontuação possível é 37 e a máxima 137, e apresenta um alfa de *Cronbach* total de .89, como tal, tendo uma consistência interna adequada aos objetivos pretendidos.

Dos instrumentos utilizados na presente investigação, dois apresentam valores de referência. De acordo com a literatura, a DES permite agrupar os participantes em 3 grupos distintos, por ordem crescente de sintomatologia: Grupo Não Clínico, Grupo Clínico e Grupo Dissociativo (Espírito-Santo & Abreu, 2008). Atendendo a que os participantes deste estudo pertencem a uma amostra clínica recolhida em contexto hospitalar, estes inserem-se no Grupo Clínico. Por este motivo, na Tabela 3 podem observar-se somente os valores de referência para este grupo.

Tabela 3
Valores de referência da DES (Espírito-Santo & Abreu, 2008).

	Grupo Clínico (Média ± desvio-padrão)
Despersonalização-desrealização	10.39 ± 10.88
Absorção	27.08 ± 14.10
Distratibilidade	45.53 ± 15.95
Memória perturbada	23.50 ± 16.65
Total	18.48 ± 10.09

Na Tabela 4, constam os valores de referência do AQ, para cada uma das suas medidas e separadas por sexo.

Tabela 4
Valores de referência do AQ (Buss & Perry, 1992)

	Valores de referência	
	Sexo masculino	Sexo feminino
Agressão física	24.3	17.9
Agressão verbal	15.2	13.5
Raiva	17.0	16.7
Hostilidade	21.3	20.2
Total	77.8	68.2

Procedimento

Primeiramente, foi conduzido um pedido formal ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa para ser autorizada a recolha de informação e aplicação de instrumentos de avaliação psicológica aos participantes que preenchessem o requisito (possuírem

diagnóstico primário de PTSD, BPD e/ou Depressão) para a presente investigação. Tendo a aprovação das Comissões Científica, Pedagógica e Ética do Centro Hospitalar, foi então pedido a cada indivíduo o consentimento informado, só integrando a investigação aqueles que consentiram participar neste estudo. Os dados foram anonimizados através da atribuição de um código numérico.

A recolha de dados realizou-se contemplando todos os aspetos éticos, isto é, a recolha, tratamento e divulgação dos resultados do estudo tiveram em conta a Lei de Proteção de Dados, sendo que por isso, não foram utilizados dados de identificação dos indivíduos (nome completo, morada, entre outros elementos identificadores). Desta forma, foi assegurada a confidencialidade dos participantes durante o preenchimento dos instrumentos de avaliação psicológica, assim como durante a análise da informação obtida.

Posteriormente, os dados recolhidos nesta investigação foram analisados no programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). A presente investigação obedeceu a uma natureza qualitativa, mais concretamente, através da metodologia do estudo de caso.

Resultados

A descrição dos resultados da presente investigação será apresentada e estruturada de forma qualitativa, caso a caso, explorando as variáveis, valores e relações que sejam pertinentes, mantendo presente o objetivo do estudo supramencionado.

Participante 1: Sexo Masculino com Perturbação *Borderline* da Personalidade

Com a cotação do ACE, obteve-se a pontuação total de 7, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Emocional, Abuso Físico, Negligência Emocional, Negligência Física, Exposição a violência doméstica, Abuso de substâncias no ambiente familiar e Doença mental ou suicídio. Uma pontuação de 7 pode ser interpretada como sendo um valor acima da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima dos de referência (Tabela 3) em todas as medidas, à exceção da Distratibilidade, e também no valor total (Tabela 5).

No que diz respeito à pontuação obtida no AQ, o participante só apresentou valores acima dos de referência (Tabela 4) nas medidas Agressão Física e Hostilidade (Tabela 5).

Tabela 5
Valores apresentados pelo participante 1 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	28.57
	Absorção	35.71
	Distratibilidade	14.29
	Memória perturbada	25.00
	Total	26.79
AQ	Agressão física	26.0
	Agressão verbal	11.0
	Raiva	13.0
	Hostilidade	24.0
	Total	74.0

À data da recolha, o participante encontrava-se em internamento por cerca de uma semana, com sintomatologia dissociativa, decorrente do quadro psicopatológico de que padecia, BPD. Verifica-se que o participante apresenta valores acima da média para a ocorrência de experiências adversas na infância/juventude, apresentando também valores

acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa, sem no entanto, apresentar valores que indicem a presença de comportamento agressivo na idade adulta.

Participante 2: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático

Com a cotação do ACE, obteve-se o total de 1, pontuando o indivíduo na subescala Abuso Físico. Uma pontuação de 1 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima dos de referência para indivíduos do Grupo Clínico (Tabela 3) somente no factor de Despersonalização-desrealização (Tabela 6).

Através do AQ, o participante apresentou valores abaixo dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas (Tabela 6).

Tabela 6
Valores apresentados pelo participante 2 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	11.43
	Absorção	25.71
	Distratibilidade	22.86
	Memória perturbada	3.33
	Total	15.71
AQ	Agressão física	19.0
	Agressão verbal	11.0
	Raiva	16.0
	Hostilidade	14.0
	Total	60.0

O contacto com o participante 2 foi no âmbito de consulta externa, sendo um paciente ambulatorio. Apresentava um quadro de PTSD desde a guerra no Ultramar, mas um quadro mais estável em função do trabalho realizado com a sua médica psiquiatra. O participante não apresenta valores acima da média ou acima dos de referência para nenhum dos instrumentos utilizados na presente investigação.

Participante 3: Sexo Feminino com Perturbação de Stress Pós-traumático

Com a cotação do ACE, obteve-se o total de 3, pontuando o indivíduo nas subescalas Negligência Emocional, Negligência Física e Divórcio ou Separação Parental. Uma

pontuação de 3 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores abaixo dos de referência para indivíduos do Grupo Clínico (Tabela 3) em todos os fatores (Tabela 7).

Através do AQ, a participante apresentou valores acima dos de referência para indivíduos do sexo feminino (Tabela 4) somente nas medidas Agressão Física e Raiva (Tabela 7).

Tabela 7
Valores apresentados pela participante 3 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	4.30
	Absorção	8.60
	Distratibilidade	12.90
	Memória perturbada	0.00
	Total	7.50
AQ	Agressão física	Pontuação
	Agressão verbal	19.0
	Raiva	12.0
	Hostilidade	17.0
	Total	13.0

O contacto com a participante 3 foi no âmbito de consulta externa, sendo uma paciente ambulatoria, com um quadro recente de PTSD decorrente de um acidente de viação. Apesar da descrição dos eventos, e aparente sintomatologia dissociativa manifestada pela participante, esta não apresenta valores acima da média ou dos de referência para nenhum dos instrumentos utilizados na presente investigação.

Participante 4: Sexo Masculino com Depressão

Com a cotação do ACE, obteve-se o total de 3, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Emocional, Negligência Emocional e Negligência Física. Uma pontuação de 3 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima dos de referência para indivíduos do Grupo Clínico (Tabela 3), nos factores de

Despersonalização-desrealização e Absorção, assim como no valor total dos fatores (Tabela 8).

Através do AQ, o participante apresentou valores acima dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) somente nas medidas Raiva e Hostilidade (Tabela 8).

Tabela 8
Valores apresentados pelo participante 4 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	21.42
	Absorção	47.14
	Distratibilidade	30.00
	Memória perturbada	5.00
	Total	26.79
AQ	Agressão física	9.0
	Agressão verbal	14.0
	Raiva	22.0
	Hostilidade	26.0
	Total	71.0

À data da recolha, o participante encontrava-se em internamento, com sintomatologia dissociativa, decorrente do quadro psicopatológico de que padecia, Depressão. Verificase que o participante apresenta somente valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa.

Participante 5: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático

Com a cotação do ACE, obteve-se o total de 3, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Físico, Negligência Emocional e Doença Mental ou Suicídio. Uma pontuação de 3 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima dos de referência para indivíduos do Grupo Clínico (Tabela 3) em todos os fatores, assim como o valor total (Tabela 9).

Através do AQ, o participante apresentou valores acima dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas, assim como no somatório entre escalas (Tabela 9).

Tabela 9
Valores apresentados pelo participante 5 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	24.29
	Absorção	51.43
	Distratibilidade	64.29
	Memória perturbada	33.33
	Total	42.14
AQ	Agressão física	25.0
	Agressão verbal	17.0
	Raiva	22.0
	Hostilidade	32.0
	Total	96.0

O contacto com o participante 5 foi no âmbito de consulta externa, sendo um paciente ambulatorio, com um quadro de PTSD desde a guerra do Ultramar. Apresentou os maiores níveis e manifestações de sintomatologia dissociativa da amostra, como apresentou também a segunda maior pontuação no AQ. Verifica-se que o participante apresenta valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa, assim como resultados que sugerem comportamento agressivo na idade adulta.

Participante 6: Sexo Feminino com Depressão

Com a cotação do ACE, obteve-se o total de 4, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional e Exposição a Violência Doméstica. Uma pontuação de 4 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores abaixo da referência para indivíduos do Grupo Clínico (Tabela 3) em todos os Fatores e no total das escalas (Tabela 10).

Através do AQ, a participante apresentou valores acima dos de referência para indivíduos do sexo feminino (Tabela 4) apenas na medida Raiva (Tabela 10).

Tabela 10
Valores apresentados pela participante 6 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	1.43

	Absorção	15.71
	Distratibilidade	37.14
	Memória perturbada	3.33
	Total	17.50
AQ	Agressão física	14.0
	Agressão verbal	13.0
	Raiva	17.0
	Hostilidade	18.0
	Total	62.0

O contacto com a participante 6 foi no âmbito de consulta externa, sendo uma paciente ambulatoria, com um quadro de Depressão. Apesar de em diálogo e na aplicação do ACE a participante ter manifestado ter experienciado adversidades na infância a participante não apresenta valores acima da média ou acima dos de referência para nenhum dos instrumentos utilizados na presente investigação.

Participante 7: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático

Com a cotação do ACE, obteve-se a pontuação total de 6, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Emocional, Abuso Físico, Negligência Emocional, Negligência Física, Abuso de substâncias no ambiente familiar e Doença Mental ou Suicídio. Uma pontuação de 6 pode ser interpretada como sendo um valor acima da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima da referência para o Grupo Clínico (Tabela 3) apenas no fator de Absorção (Tabela 11).

Através do AQ, o participante apresentou valores abaixo dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas, e também no somatório entre escalas (Tabela 11).

Tabela 11

Valores apresentados pelo participante 7 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	0.00
	Absorção	42.86
	Distratibilidade	12.86
	Memória perturbada	3.33
	Total	16.64

AQ	Agressão física	22.0
	Agressão verbal	6.0
	Raiva	10.0
	Hostilidade	17.0
	Total	55.0

O contacto com o participante 7 foi no âmbito de consulta externa, sendo um paciente ambulatorio, com um quadro de PTSD desde a guerra do Ultramar. Verifica-se que o participante apresenta somente valores acima da média para a ocorrência de experiências adversas na infância/juventude. Importa referir que foi o paciente que mais pontuou na aplicação no ACE, sem ter pontuações acima da média ou acima dos valores de referência para os restantes instrumentos.

Participante 8: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático

Com a cotação do ACE, obteve-se a pontuação total de 3, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Sexual, Negligência Emocional e Negligência Física. Uma pontuação de 3 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima da referência para o Grupo Clínico (Tabela 3) nos fatores de Despersonalização-desrealização e de Distratibilidade, e também no valor total das escalas (Tabela 12).

Através do AQ, o participante apresentou valores acima dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas, e também no valor do somatório de escalas (Tabela 12).

Tabela 12
Valores apresentados pelo participante 8 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	35.71
	Absorção	25.71
	Distratibilidade	50.00
	Memória perturbada	15.71
	Total	32.86
AQ	Agressão física	37.0
	Agressão verbal	22.0
	Raiva	31.0

Hostilidade	33.0
Total	123.0

O contacto com o participante 8 foi no âmbito de consulta externa, sendo um paciente ambulatorio, com um quadro de PTSD bastante vincado desde a guerra do Ultramar. Apresentou os segundos maiores níveis e manifestações de sintomatologia dissociativa da amostra, como apresentou também a maior pontuação no AQ. Verifica-se que o participante apresenta valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa, assim como resultados que sugerem comportamento agressivo na idade adulta, tendo-se envolvido em vários conflitos ao longo da vida.

Participante 9: Sexo Masculino com Perturbação de Stress Pós-traumático

Com a cotação do ACE, obteve-se a pontuação total de 5, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Emocional, Abuso Físico, Negligência Física, Exposição a violência doméstica e abuso de substâncias no ambiente familiar. Uma pontuação de 5 pode ser interpretada como sendo um valor médio, considerando a possível cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima da referência para o Grupo Clínico (Tabela 3) somente para o fator de Despersonalização-desrealização (Tabela 13).

Através do AQ, o participante apresentou valores abaixo dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas, e também no somatório entre escalas (Tabela 13).

Tabela 13

Valores apresentados pelo participante 9 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	12.86
	Absorção	18.57
	Distratibilidade	20.00
	Memória perturbada	10.00
	Total	17.14
AQ	Agressão física	16.0
	Agressão verbal	11.0
	Raiva	14.0
	Hostilidade	15.0

Total	56.0
-------	------

O contacto com o participante 9 foi no âmbito de consulta externa, sendo um paciente ambulatorio, com um quadro de PTSD desde a guerra do Ultramar. Verifica-se que o participante apresenta valores dentro da média possível para a cotação do ACE, sugerindo a presença de experiências adversas na infância/juventude do indivíduo.

Participante 10: Sexo Masculino com Depressão

Com a cotação do ACE, obteve-se a pontuação total de 4, pontuando o indivíduo nas subescalas Abuso Emocional, Abuso Físico, Negligência Emocional e Doença mental ou suicídio. Uma pontuação de 4 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores abaixo da referência para o Grupo Clínico (Tabela 3) em todos os fatores e no total das escalas (Tabela 14).

Através do AQ, o participante apresentou valores abaixo dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas e no somatório entre escalas (Tabela 14).

Tabela 14

Valores apresentados pelo participante 10 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	0.00
	Absorção	11.43
	Distratibilidade	17.14
	Memória perturbada	0.00
	Total	7.86
AQ	Agressão física	14.0
	Agressão verbal	11.0
	Raiva	13.0
	Hostilidade	18.0
	Total	56.0

O contacto com o participante 10 foi no âmbito de consulta externa, sendo um paciente ambulatorio. Apresentava um quadro e sintomatologia ativa de Depressão, sem

no entanto, apresentar valores acima da média ou acima dos de referência para nenhum dos instrumentos utilizados na presente investigação.

Participante 11: Sexo Masculino com Depressão

Com a cotação do ACE, obteve-se a pontuação total de 1, pontuando o indivíduo na subescala Negligência Emocional. Uma pontuação de 1 pode ser interpretada como sendo um valor abaixo da média possível para a cotação do instrumento.

A cotação da DES demonstrou que o indivíduo apresenta valores acima dos de referência para o Grupo Clínico (Tabela 3) no fator de Absorção e no total das escalas (Tabela 15).

Através do AQ, o participante apresentou valores abaixo dos de referência para indivíduos do sexo masculino (Tabela 4) em todas as medidas, e também no somatório de escalas (Tabela 15).

Tabela 15

Valores apresentados pelo participante 11 na DES e no AQ.

Instrumento	Medida	Valor
DES	Despersonalização-desrealização	10.00
	Absorção	38.57
	Distratibilidade	18.57
	Memória perturbada	8.33
	Total	20.00
AQ	Agressão física	20.0
	Agressão verbal	14.0
	Raiva	16.0
	Hostilidade	18.0
	Total	68.0

À data da recolha, o participante 11 encontrava-se em internamento, muito apelativo, com sintomatologia depressiva, decorrente do quadro psicopatológico de que padecia, Depressão. Verifica-se que o participante apresenta somente valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa.

Discussão

Existe evidência empírica que suporta a relação estabelecida entre ocorrência de experiências adversas na juventude, sintomatologia dissociativa, e comportamento violento em idade adulta. A literatura postula que existe uma associação entre determinadas formas de doença mental – nomeadamente, níveis elevados de PTSD, BPD e Depressão – e sintomatologia dissociativa (Şar, 2011; Şar et al., 2013; Şar, 2014). Desta forma, este estudo teve como principal objetivo identificar a presença de sintomas de dissociação em indivíduos com diagnósticos de BPD, PTSD e/ou Depressão, e estudar a sua relação com experiências adversas ocorridas na juventude e com comportamento agressivo na idade adulta.

Tendo em conta o carácter exploratório deste estudo, importa referir que o aprofundamento da presente temática visou traduzir-se num maior conhecimento sobre como manifestações de doença mental e comportamentos agressivos surgiam enquanto expressão de sintomatologia dissociativa, e de que forma experiências adversas ocorridas na infância podiam influenciar a manifestação de comportamentos agressivos na idade adulta.

Visando compreender melhor a temática em questão, procedeu-se à caracterização sociodemográfica tanto dos participantes do estudo como dos seus antecedentes familiares. A população da amostra foi maioritariamente masculina contrariamente ao que seria ideal, atendendo a que, de acordo com a literatura, formas extremas de dissociação e respetiva sintomatologia são mais prevalentes em indivíduos do sexo feminino (Levy & Swanson, 2008). A idade dos participantes variou entre os 53 e os 76 anos de idade ($M = 66.9$, $DP = 7.9$), e no que concerne ao estado civil, a amostra foi constituída maioritariamente por indivíduos solteiros e casados. Dos 11 participantes, 7 já tinham sido internados no passado, sendo que 2 foram internados 3 ou mais vezes; 5 indivíduos apresentavam historial de institucionalização – sendo que desses, 3 foram institucionalizados uma vez, 1 participante duas vezes e outro três vezes. Importa referir que, de acordo com a literatura, intervenções médicas repetidas ou frequentes, assim como eventos como o divórcio, configuram uma das formas de experiências adversas que potenciam e são encontradas em indivíduos que padecem de sintomatologia dissociativa (Ross, 1990; Veja-Arce & Nunez-Ulloa, 2017). Não obstante, três das facetas que o ACE avalia vão de encontro à análise que os indivíduos fazem do nível socioeconómico em que cresceram (Negligência Física e Emocional) e sobre a presença de doença mental ou

suicídio na família. Neste sentido, verificou-se que a maioria dos participantes considerou que o nível socioeconómico do agregado em que cresceu era baixo ou médio, e 5 participantes da amostra acusaram historial de suicídio e/ou tentativa de suicídio na família.

À data da recolha, 7 participantes tinham sido diagnosticados com PTSD, 3 com Depressão e 1 com BPD. Apenas um participante possuía um diagnóstico passado diferente do atual. Dos 7 participantes diagnosticados com PTSD, 2 (28.57%) experienciaram adversidades na infância/juventude acima da média, 2 (28.57%) manifestavam comportamento agressivo em idade adulta, e 3 (42.86%) apresentaram sintomatologia dissociativa. Dos 3 participantes diagnosticados com Depressão, somente 1 (33.33%) apresentou valores acima dos de referência nos instrumentos utilizados – neste caso, na DES, evidenciando sintomatologia dissociativa. Por último, o único participante diagnosticado com BPD manifestou sintomatologia dissociativa.

Relativamente às variáveis do estudo, não existiram participantes que tivessem pontuado acima dos valores de referência para todos os instrumentos utilizados, isto é, manifestando valores acima da média simultaneamente no ACE (acusando a ocorrência de experiências adversas na infância/juventude), na DES (manifestando sintomatologia dissociativa) e no AQ (exibindo comportamento agressivo). Assim, pôde constatar-se que na presente amostra, se evidenciou uma predominância de sintomatologia dissociativa em indivíduos com PTSD (3 participantes, ou seja, 27.27%), quando comparados com apenas um paciente com BPD e um com Depressão (9.09%).

Verificou-se também que 3 participantes (27.27%) – 2 com PTSD e 1 com BPD, indo de encontro aos estudos de Mosquera & Steele (2017) – reportaram ter vivido experiências adversas acima da média do que pode ser possível para a cotação do ACE. Dos referidos 3 participantes, 1 (9.09%) acusou ter tido experiências adversas na infância/juventude e acusou também sintomatologia dissociativa (Tabela 5).

No que diz respeito ao comportamento agressivo, foram também 2 participantes com PTSD (18.18%) que apresentaram valores acima dos de referência em todas as medidas (Tabela 14 e Tabela 20) para o seu sexo (neste caso, masculino), tendo também experienciado no passado problemas na esfera relacional com colegas e/ou chefias, e tendo exibido comportamento agressivo. Ainda relativamente ao comportamento agressivo em contexto laboral, 6 participantes (54.54%) admitiram ter experienciado problemas na esfera relacional com colegas e/ou chefias e ter exibido comportamento agressivo nesse contexto. Dos supramencionados 6 participantes, para além dos 2 com

PTSD mencionados anteriormente, 1 participante (9.09%) tinha experienciado também adversidades acima da média na sua infância/juventude sem manifestar comportamento agressivo nem apresentar sintomatologia dissociativa, e outro apresentava sintomatologia dissociativa (9.09%) sem ter experienciado adversidades na sua infância/juventude nem manifestar comportamento agressivo na idade adulta. Através da análise da amostra, pode-se constatar que, de acordo com a literatura, episódios e experiências dissociativas são comuns em indivíduos que exibem comportamento violento (Moskowitz, 2004) e existem evidências na literatura, corroboradas pela presente investigação, que estes indivíduos manifestam comportamento agressivo, e cometem e/ou já cometeram crimes contra a integridade física (Lewis et al., 1997; Sakarya et al., 2012).

Ainda que não exista muita informação e consenso na literatura científica acerca da prevalência de sintomatologia dissociativa, estima-se que 60-65% da população já tenha passado por algum tipo de experiência dissociativa (Waller et al., 1996). Considerando que o principal objetivo da presente investigação era identificar sintomatologia dissociativa em indivíduos com os diagnósticos de BPD, PTSD e/ou Depressão e estudar a sua relação com experiências adversas ocorridas na juventude e com o comportamento agressivo na idade adulta, ter resultados que corroboram a literatura e cumprem o objetivo é gratificante.

Ainda que a amostra seja reduzida, foi possível corroborar a literatura, no sentido em que se verificou uma associação entre as perturbações PTSD, BPD, e Depressão, e a presença de sintomatologia dissociativa (Şar, 2011; Şar et al., 2013; Şar, 2014). Em quase metade da amostra (45.45%, n=5), verificaram-se valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa.

Conclusão

Cada vez mais, a relação entre saúde mental, adversidades no início da vida e comportamento agressivo em idade adulta tem vindo a ser explorada na literatura (Şar, 2011; Şar et al., 2013; Şar, 2014). Estudar esta relação em contexto hospitalar permitiu avaliar de que forma manifestações de doença mental e comportamentos agressivos surgem enquanto expressão da sintomatologia dissociativa, e de que forma experiências adversas ocorridas na infância podem influenciar a manifestação de comportamentos agressivos na idade adulta.

A presente investigação de natureza qualitativa permitiu aprofundar e corroborar esta associação. Como principais resultados, destacam-se a predominância de sintomatologia dissociativa e comportamento agressivo em indivíduos com PTSD, a presença de experiências adversas na infância/juventude e sintomatologia dissociativa no único participante com BPD, e o elevado número de participantes da amostra (cerca de metade) que acusou valores acima dos de referência para a presença de sintomatologia dissociativa. Efetivamente, parece existir uma relação entre as variáveis supramencionadas, ainda que esta temática careça de mais investigação para aumentar a sua robustez científica.

Esta investigação apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o atual contexto pandémico condicionou a recolha de dados, por não ter sido possível recolher no Centro Hospitalar Conde de Ferreira, por ter dificultado/impedido a deslocação de pacientes em regime ambulatorio ao local de recolha, e ainda por ter originado atrasos nas autorizações, burocracias e comunicação interna inerentes ao processo de recolha.

Em segundo lugar, o baixo número de participantes deu origem à necessidade de reformulações, tanto nos objetivos como na metodologia aplicada, nomeadamente a natureza do estudo ter passado de mista para qualitativa. Em função disso, não foi possível analisar quantitativamente e com robustez estatística as variáveis da presente investigação.

Em terceiro lugar, destaca-se a heterogeneidade da amostra em termos de sexo dos participantes e do desigual número de indivíduos com os diagnósticos analisados.

Um outro aspeto limitativo deste estudo centra-se no possível enviesamento/não compreensão de algumas questões por parte dos participantes (internados), aliado ao facto de estes poderem estar medicados aquando do preenchimento dos instrumentos.

Para colmatar as limitações supramencionadas em estudos futuros, sugere-se incluir mais indivíduos do sexo feminino na amostra, de modo a aumentar a expressividade deste grupo. Com o objetivo de homogeneizar a amostra e permitir comparações e análises estatísticas mais robustas, é ainda pertinente equilibrar e aumentar o número de indivíduos por perturbação.

Considerando a aplicação da DES no presente estudo, seria vantajoso complementar os resultados obtidos utilizando um outro instrumento robusto e válido para a população portuguesa que se prestasse a avaliar sintomatologia dissociativa. Não obstante, seria também pertinente estender a análise aos outros grupos do instrumento (Grupo Não Clínico e Grupo Dissociativo) de forma a poder inferir estatisticamente as diferenças entre grupos.

Relativamente ao comportamento agressivo, seria relevante aplicar não só um instrumento de autorrelato (como o AQ), mas também instrumentos de heteroavaliação, com o objetivo de avaliar com maior detalhe a expressão do comportamento agressivo exibida por parte dos participantes.

Por último, poderá ser interessante em estudos futuros avaliar a prevalência e sintomatologia dissociativa noutras perturbações que não as estudadas na presente investigação, tais como, perturbações do espectro psicótico, distúrbios alimentares, perturbações obsessivo-compulsivas, consumo excessivo de substâncias, perturbações de pânico e perturbações bipolares (Mohajerin et al, 2019).

Referências

- Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2017). Aggression and violence: Definitions and distinctions. *The Wiley handbook of violence and aggression*, 1-14.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Baker, K. (2010). From “it's not me” to “it was me, after all”: A case presentation of a patient diagnosed with Dissociative Identity Disorder. *Psychoanalytic Social Work*, 17(2), 79-98.
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2), 169-189.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 452.
- C. A. Ross, G. Anderson, W. P. Fleisher, and G. R. Norton, “The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients,” *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, no. 12, pp. 1717–1720, 1991.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 479.
- Espírito Santo, H., & Abreu, J. L. P. (2009). Portuguese validation of the dissociative experiences scale (DES). *Journal of trauma & dissociation*, 10(1), 69-82.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.

- Fung, H. W., Chan, C., Ross, C. A., & Choi, T. M. (2020). A preliminary investigation of depression in people with pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 594-608.
- G. N. Saxe, B. A. van der Kolk, R. Berkowitz et al., “Dissociative disorders in psychiatric inpatients,” *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, no. 7, pp. 1037–1042, 1993.
- Gold, S. N., Elhai, J. D., Rea, B. D., Weiss, D., Masino, T., Morris, S. L., & McIninch, J. (2001). Contextual treatment of dissociative identity disorder: Three case studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 5-36.
- Hanley, K. (2001). Case Study: Narrative Of A Psychotherapeutic Treatment Of Dissociative Identity Disorder. In An Adolescent. *Southern African Journal Of Child And Adolescent Mental Health*, 13(1), 67-80.
- Harrison, L. (2006). Multiple Personality Disorder: an alternative theory.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., & Walker, L. (2004). Introduction: Promoting Mental Health as a Public Health Priority. H.Herrman, S. Saxena, & R.Moodie (Eds.) *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, CH: World Health Organization.
- Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2019). *Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol*. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1571377.
- Kate, M. A., Hopwood, T., & Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 16-61.
- Klassen, E. B. (2021). Distinguishing Between Suicidality and Mental Illness. *Journal of Integrative Research & Reflection*, 4, 15-20.

- Korol, S. (2008). Familial and social support as protective factors against the development of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 249-267.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Current psychiatry reports*, 11(1), 82-88.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 346-367.
- Krause-Utz, A., Frost, R., Chatzaki, E., Winter, D., Schmahl, C., & Elzinga, B. M. (2021). Dissociation in Borderline Personality Disorder: Recent Experimental, Neurobiological Studies, and Implications for Future Research and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 23(6), 1-17.
- Lamsma, J., Cahn, W., Fazel, S., Risk, G., & Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2020). Cognition and violent behavior in psychotic disorders: A nationwide case-control study. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100166.
- Leschied, A., Chiodo, D., Nowicki, E., & Rodger, S. (2008). Childhood predictors of adult criminality: A meta-analysis drawn from the prospective longitudinal literature. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 50(4), 435-467.
- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., & Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1703-1710.
- Lipsanen, T., Korkeila, J., Peltola, P., Järvinen, J., Langen, K., & Lauerma, H. (2004). Dissociative disorders among psychiatric patients. *European Psychiatry*, 19(1), 53-55.

- Loewenstein, R. J. (2020). Firebug! Dissociative identity disorder? Malingering? Or...? An intensive case study of an arsonist. *Psychological injury and law*, 13(2), 187-224.
- Loewenstein, R. J., & Putnam, F. W. (1990). The clinical phenomenology of males with MPD: A report of 21 cases. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Mahoney, D. M. (2017). A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder, edited by R. Meares. (2012). New York, NY: WW Norton, 398 pp.
- Maiese, M. (2016). Dissociative identity disorder and ambivalence. *Philosophical Explorations*, 19(3), 223–237.
- Maiese, M. (2016). *Dissociative Identity Disorder, Ambivalence, and Responsibility*. *European Journal of Philosophy*, 25(3), 764–784.
- Maraldi, E. D. O., & Zangari, W. (2016). Evidências de validade da Escala de Experiências Dissociativas em amostra não clínica. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 93-104.
- Maraldi, E. D. O., & Zangari, W. (2016). Evidências de validade da Escala de Experiências Dissociativas em amostra não clínica. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 93-104.
- McLean Hospital (2019). *Unmasking Dissociative Identity Disorder*. Belmont: Perspectives.
- Merker, J. B., Hill, S. B., Wolff, J. D., Winternitz, S. R., Ressler, K. J., Kaufman, M. L., & Lebois, L. A. (2021). Posttraumatic cognitions predict distorted body perceptions in women with dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 166-172.

- Mohajerin, B., Bakhtiyari, M., & Dolatshah, B. (2019). *Evaluating the Unified Protocol in the Treatment of Dissociative Identity Disorder. Cognitive and Behavioral Practice*.
- Moskowitz, A. (2003). Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal* (in press).
- Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(1), 21-46.
- Mosquera, D., & Steele, K. (2017). Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: Working with integration failures. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 63-71.
- Mueller, C., Moergeli, H., Assaloni, H., Schneider, R., & Rufer, M. (2007). Dissociative disorders among chronic and severely impaired psychiatric outpatients. *Psychopathology*, 40(6), 470.
- Murray, J. B. (1994). Dimensions of multiple personality disorder. *The Journal of genetic psychology*, 155(2), 233-246.
- Okano, K. (2018). The Origin of So-called “Shadowy Personalities” in Patients with Dissociative Identity Disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1988). Prevalence of risk factors for aggressive behaviour: characteristics of an involuntarily admitted population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 227-229.
- Paris, J. (2019). Dissociative identity disorder: validity and use in the criminal justice system. *BJPsych Advances*, 25(5), 287-293.
- Parry, S., Lloyd, M., & Simpson, J. (2018). “It’s not like you have PTSD with a touch of dissociation”: Understanding dissociative identity disorder through first person accounts. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 31–38.

- Pearson, M., Wilmot, E. & Padi, M. (1986). A Study of Violent Behaviour among In-Patients in a psychiatric Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 149, 232-235.
- Piper, A., & Merskey, H. (2004). The persistence of folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part I. The excesses of an improbable concept. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 592-600.
- Reinders, A. A. T. S., Chalavi, S., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Jäncke, L., ... Ecker, C. (2017). *Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica.*
- Ross, C. A., Duffy, C. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7-17.
- Sakarya, D., Gunes, C., Ozturk, E., & Sar, V. (2012). 'Vampirism' in a case of dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(5), 322-323.
- Saks, E. R. (2000). Multiple Personality Disorder and Criminal Responsibility. *C. Cal. Interdisc. LJ*, 10, 185.
- Saks, E. R. (2000). Multiple Personality Disorder and Criminal Responsibility. *C. Cal. Interdisc. LJ*, 10, 185.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011.
- Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L. I., Kundakci, T., Yazici, A., ... & Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General hospital psychiatry*, 29(1), 45-50.

- Şar, V., Ozturk, E., & Kundakci, T. (2002). Psychotherapy of an adolescent with dissociative identity disorder: Change in Rorschach patterns. *Journal of trauma & dissociation*, 3(2), 81-95.
- Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 216-222.
- Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2003). Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(2), 115-120.
- Silva, S. S. P., & Maia, Â. (2008). Versão portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da História de Adversidade na Infância).
- Silvern, L., & Griesse, B. (2012). Multiple types of child maltreatment, posttraumatic stress, dissociative symptoms, and reactive aggression among adolescent criminal offenders. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(2), 88-101.
- Swart, S., Wildschut, M., Draijer, N., Langeland, W., & Smit, J. H. (2020). Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative disorders: Comparative evaluation of clinical profiles. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 38.
- Teixeira, E. H., Pereira, M. C., Rigacci, R., & Dalgarrondo, P. (2007). Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 127-133.
- Traub, C. M. (2009). Defending a Diagnostic Pariah: Validating the Categorisation of Dissociative Identity Disorder. *South African Journal of Psychology*, 39(3), 347-356.

- Trifu, S. (2019). Dissociative Identity Disorder. Psychotic functioning and impairment of growing-up processes. *Journal of Educational Sciences and Psychology*, 9(2).
- Tutkun, H., Sar, V., Yargıç, L. I., Özpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 800-805.
- V. Sar, T. Kundakci, E. Kiziltan et al., “The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients,” *Journal of Trauma and Dissociation*, vol. 4, no. 1, pp. 119–136, 2003.
- Wallace, C., Mullen, C., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological methods*, 1(3), 300.
- Wang J, Guo F, Wang C, Jia Y, Shao X, Shen C, Zhang B, Wan W (2018) Auditory mismatch negativity in adolescents with dissociative identity disorder. *ASEAN Journal of Psychiatry* 19: 22317805.
- Weber, C. A. T., & Juruena, M. F. (2017). Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 640-656.
- Weber, C.A.T. (2012). *Residenciais Terapêuticos, o dilema da inclusão social de doentes mentais*. Porto Alegre: EdiPUCRS.
- WHO, (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva,CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220)

- Wing, D. M. (1997). Caring for alcoholic patients with dissociative identity disorder. *Issues in mental health nursing*, 18(4), 303-313.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.
- Zeligman, M., Greene, J. H., Hundley, G., Graham, J. M., Spann, S., Bickley, E., & Bloom, Z. (2017). *Lived Experiences of Men With Dissociative Identity Disorder*. *Adultspan Journal*, 16(2), 65–79.

