

Estudo das Características Psicométricas do *Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI – (Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa

Catarina Resende*, Sandra Sendas** & Ângela Maia***

*Aluna do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

**Doutoranda do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

***Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

angelam@psi.uminho.pt

RESUMO

O presente estudo teve como principal objectivo traduzir e adaptar o *Posttraumatic Growth Inventory* –PTGI - (Tedeschi & Calhoun, 1996) para a população portuguesa. O P.T.G.I. tem 21 itens que avaliam o grau das mudanças positivas percebidas pelo indivíduo após um acontecimento adverso/traumático. O instrumento original é composto por 5 factores que representam os domínios em que sujeitos apresentam mudanças em termos de crescimento pós-traumático após o confronto com o trauma: *Relação com os outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual e Apreciação da Vida*.

Após autorização dos autores, trabalhamos na versão portuguesa em 3 etapas distintas: tradução, estudo-piloto e retradução. Posteriormente o I.C.P.T foi administrado a 384 sujeitos (56,8% do sexo feminino e 43,2% do masculino) com idades compreendidas entre 17 e 68 anos (média=34,97;dp=10,92) que relataram um acontecimento adverso nos últimos 5 anos.

Os resultados obtidos através de análise factorial seguida de uma rotação varimax revelaram a presença de 3 factores explicativos de 62,94% da variância total: *Maior Abertura a Novas Possibilidades e Maior Envolvimento nas Relações Interpessoais; Mudança na Percepção do Self e da Vida; Mudança Espiritual*. A análise da consistência interna utilizando o coeficiente do *alpha* de *Cronbach's* revelou uma boa consistência interna para a escala total, bem como para os três factores apurados, o que mostra que esta versão é adequada para a sua utilização na população portuguesa.

INTRODUÇÃO

O ser humano está vulnerável a inúmeros acontecimentos adversos, alguns dos quais inesperados e incontroláveis. Dependendo da sua gravidade, estes poderão acarretar mudanças

acentuadas no modo de funcionamento do indivíduo, mas a forma como este lida com o trauma exerce uma forte influência na qualidade de adaptação à própria mudança e à nova percepção do mundo.

Desde há vários séculos que diferentes religiões conotam o sofrimento causado pela adversidade como um importante e fundamental factor para o crescimento e maturidade pessoal, nomeadamente, o Hinduísmo, o Cristianismo e o Islamismo (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 2004). A noção de que uma exposição a situações traumáticas não é necessariamente determinante para a evolução de uma patologia, e que o indivíduo poderá obter algum tipo de benefício, é, do mesmo modo, transmitido pela literatura, filosofia (Valent, 1998, 1999, cit. por Linley, 2003), assim como por antigos ditados populares.

Apesar dos investigadores se terem debruçado exaustivamente nas consequências físicas e psicológicas da vivência de um acontecimento adverso, no âmbito da Psicologia, os trabalhos focaram-se, essencialmente, nos efeitos negativos do trauma, nomeadamente a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Vásquez et al., 2001). No entanto, nas últimas décadas, à luz da Psicologia Positiva e de uma perspectiva mais salutogénica, um crescente corpo de investigação empírica tem revelado que sobreviventes do trauma experienciam também mudanças psicológicas positivas (Seligman, 2002 cit. por Strümpfer, 2006). Estes dados promissores têm despertado um interesse cada vez maior de clínicos e investigadores por todo o mundo, os quais apresentaram diversas conceptualizações, bem como distintos modelos compreensivos deste fenómeno (Hobfoll, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004; Zoellner & Maercker, 2006).

O conceito de Crescimento Pós Traumático (CPT), sugerido por Tedeschi e Calhoun (1996) unificou várias conotações até então difundidas pela literatura (Maercker & Zoellner, 2004), definindo-o como as mudanças psicológicas positivas percebidas pelo indivíduo, após o confronto psicológico com acontecimentos de vida altamente adversos. Neste sentido, mais do que o indivíduo conseguir voltar ao seu funcionamento psicológico prévio ao trauma (resiliência), o CPT permite-lhe adquirir um maior nível de desenvolvimento e adaptação em vários domínios da sua vida (Linley, 2003; Linley & Joseph, 2004; Strümpfer, 2006; Zoellner & Maercker, 2006).

De salientar que o CPT não requer um acontecimento traumático específico, como acontece com a PTSD (APA, 2002), exigindo, contudo, que o acontecimento seja suficientemente severo para desafiar os esquemas cognitivos do indivíduo em relação ao *self*, aos outros e ao mundo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Neste sentido, o crescimento depende da interpretação subjectiva do *self* relativamente ao acontecimento adverso, o qual determina a atribuição do grau de gravidade do acontecimento (Magnus et al., 1993, cit. por Morris et al., 2005). De facto, a literatura tem demonstrado que o fenómeno de CPT é relatado por indivíduos que lidam com

uma variedade de problemas *major*, nomeadamente sobreviventes de cancro (Cordova et al., 2001; Ho et al., 2004), ataque sexual (Frazier et al., 2001), tremor de terra (Vásquez et al., 2001), acidente de viação (Salter et al., 2004), refugiados e desalojados (Powell et al., 2003), entre outros. Numa revisão da literatura, Linley e Joseph (2004) verificaram que a prevalência de mudanças positivas variava entre 3 a 98%, numa amostra de indivíduos em luto e mulheres vítimas de cancro da mama, respectivamente.

Os benefícios relatados pelos sobreviventes do trauma são numa ampla variedade, de áreas, que giram, segundo Tedeschi e Calhoun, (1996), à volta de 3 domínios latos: mudanças na percepção do *Self*; mudanças nas relações interpessoais e mudanças na filosofia de vida. Segundo estes autores, as mudanças percebidas no *self* envolvem uma auto-percepção de sobrevivência, auto-eficácia e força pessoal, providenciando-lhes confiança para ultrapassar traumas futuros. A título de exemplo, num estudo com sobreviventes de um grave tremor de terra em S. Salvador, Vásquez e col. (2001) verificaram que 64% dos sobreviventes revelaram sentir-se mais preparados para lidar com situações semelhantes no futuro.

No que concerne às mudanças nas relações interpessoais, estas caracterizam-se por uma maior abertura e expressividade dos sentimentos, um aumento de compaixão pelos outros, bem como um maior envolvimento e intimidade nas relações. (Tedeschi & Calhoun, 1996). O reconhecimento da própria vulnerabilidade, pode desencadear vontade de aceitar ajuda, utilizando suportes sociais que até então foram negligenciados (idem, 1996).

Por último, uma mudança na filosofia de vida envolve uma maior apreciação da própria existência e da vida em geral, repercutindo-se num novo escalonamento de prioridades, reflexão sobre o sentido e significado da vida/inevitabilidade da morte, reflectindo-se, por sua vez, num desenvolvimento espiritual e sabedoria (idem, 1996). Uma “melhor apreciação da vida” foi demonstrada num estudo realizado com mulheres vítimas de violência doméstica (Cobb et al., 2006); bem como num estudo qualitativo com crianças sobreviventes de acidentes de viação, uma vez que consideravam ter tido sorte por estarem vivos e por não terem sofrido ferimentos mais graves (Salter et al., 2004). O acidente despoletou pensamentos tais como “a vida é curta e preciosa”, gerando nas vítimas um sentimento geral de optimismo e felicidade por estarem vivos e por poderem vivenciar futuramente uma multitude de experiências.

No entanto, considera-se importante sublinhar que os teóricos e clínicos desta área não subestimam as evidências empíricas relativas à emergência de patologias consequentes ao trauma. Pelo contrário, vários autores referiram a ocorrência concomitante de CPT e sofrimento psicológico intenso nas vítimas (e.g. Solomon et al., 2007). De facto, a experiência de mudança, que para muitos indivíduos pode implicar uma transformação de vida *major*, não significa necessariamente uma diminuição do sofrimento (e.g. Linley, 2003).

O Modelo revisto de Tedeschi e Calhoun (2004) assume que para a possibilidade de um indivíduo desenvolver CPT é fundamental a ocorrência de um “acontecimento sísmico”. Esta analogia com um tremor de terra significa que é necessário um forte “sismo psicológico” passível de abanar e destruir o Mundo “Assumptivo” do indivíduo (Janoff-Bulman, 1992, cit. por Janoff-Bulman, 2004). O Mundo “Assumptivo” consiste nas estruturas esquemáticas e crenças sobre o *self*, os outros e o mundo (modeladas pelo contexto sócio-cultural), pelas quais compreendemos as causas e razões dos acontecimentos (estabilidade e predictibilidade), lhes atribuímos significado, estabelecemos objectivos e guiamos a nossa visão e interpretação do mundo, providenciando um sentimento de significado e propósito à nossa existência (Janoff-Bulman, 2006). O processo de revisão e reformulação das estruturas esquemáticas após o confronto com o trauma, ao despoletar níveis elevados de sofrimento emocional, desencadeia um processo de ruminação. Este, inicialmente automático e intrusivo, caracteriza-se por pensamentos recorrentes acerca da experiência traumática (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O processamento cognitivo do trauma, nomeadamente a ruminação, definida por Martin e Tesser (1966, cit. por Calhoun et al., 2000, p. 522) como “*diversas variedades de pensamento recorrente, incluindo atribuição de significado, resolução de problemas, reminiscência e antecipação*”, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de crescimento. Paralelamente, o suporte social constitui um factor importante para a ocorrência de CPT, na medida em que permite ao indivíduo contar repetidamente a sua história e atribuir significado à mesma, facilitando a criação de uma nova e integradora narrativa de vida (Tedeschi & Calhoun, 2004). Assim, as estratégias de *coping* iniciais, essencialmente centradas na emoção, podem dar lugar a um processamento ruminativo mais deliberado e construtivo, permitindo ao indivíduo reflectir sobre o acontecimento em si e sobre o impacto deste na sua vida. A reavaliação que o indivíduo faz acerca dos seus objectivos, permite uma maior consciencialização e aceitação daqueles que se tornaram inexecutáveis (e.g. ter de desistir da ideia de ter um filho biológico devido ao acidente ter causado danos irreparáveis no útero), permitindo ao indivíduo reatribuir um significado diferente prévio ao trauma, estabelecendo novos objectivos (Linley, 2003). Talvez por isto, muitos indivíduos avaliam e percebem o trauma como catalisador da mudança, construindo as suas narrativas à volta do antes e depois do trauma (Calhoun, et al., 1998).

Em suma, a reconstrução das infra-estruturas que geralmente sucedem um desastre podem ser análogas ao CPT: a reestruturação cognitiva e regulação emocional permitem ao indivíduo produzir esquemas que incorporem o trauma, capacitando-o e tornando-o mais resistente para um futuro acontecimento adverso (Tedeschi & Calhoun, 2004). A incorporação bem sucedida

da nova informação nos esquemas prévios, permite assim ao indivíduo, experienciar uma nova narrativa de vida e um desenvolvimento pessoal mais rico e mais sábio.

Avaliação do Crescimento Pós Traumático

Apesar de já terem sido desenvolvidos pelo menos 7 instrumentos que medem o CPT quantitativamente (Linley & Joseph, 2004), o *Posttraumatic Growth Inventory* de Tedeschi e Calhoun (1996) tornou-se o mais utilizado pelos investigadores internacionais (e.g. Powell et al., 2003; Maercker & Zoellner, 2004; Ho et al., 2004). O objectivo primordial deste instrumento consiste em aceder às mudanças psicológicas positivas relatadas por indivíduos que experienciaram uma situação adversa.

Os itens constituintes deste instrumento foram obtidos através de uma extensa revisão bibliográfica e foram validados numa amostra de estudantes universitários. O *Posttraumatic Growth Inventory* é constituído por 21 itens que se dividem pelos factores: “*Novas Possibilidades*”; “*Relação com os Outros*”; “*Força Pessoal*”; “*Mudança Espiritual*” e “*Apreciação da Vida*”. Este instrumento apresentou uma boa consistência interna e confiança de teste-reteste aceitável: consistência interna total ($\alpha=.90$); confiança de teste-reteste $r=.71$ e o coeficiente das subescalas encontram-se entre $.67$ e $.85$ (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Vários estudos têm sido realizados em diferentes populações através de traduções do PTGI para outras línguas, nomeadamente, Japonês (Taku et al., 2007), Espanhol (Weiss & Berger, 2006), Holandês (Jaarsma et al., 2006), Chinês (Ho et al., 2004), Bósnio (Powell et al., 2003), entre outras.

A tradução Bósnia foi levada a cabo por Powell e col. (2003), os quais validaram o instrumento numa amostra de antigos refugiados ($n=97$) e desalojados de *Sarajevo* ($n=104$), encontrando uma estrutura de 3 factores: “*Mudanças no Self/Atitude Positiva perante a Vida*”; “*Filosofia de Vida*” e “*Relacionamento com outros*”. Os investigadores concluíram que essas categorias correspondiam às três dimensões latas propostas por Tedeschi e Calhoun (1996). A mesma estrutura foi encontrada por Weiss e Berger (2006), que adaptaram e validaram o PTGI com uma população de emigrantes latinos ($n=100$), encontrando uma estrutura de três factores: “*Filosofia de Vida*”; “*Relacionamento Interpessoal*” e os factores originais “*Força Pessoal*” e “*Novas Possibilidades*” deram origem ao factor “*Self/Atitude Positiva da Vida*”.

Ho et al. (2004) adaptaram o PTGI para a população chinesa com uma amostra de vítimas de cancro ($n= 188$). Uma análise factorial exploratória reteve uma estrutura de factores diferente da do estudo original. A versão chinesa contém apenas 4 factores (“*Self*”, “*Espiritual*”, “*Orientação de Vida*” e “*Interpessoal*”), contemplando ainda uma estrutura de dois factores com 2 dimensões dicotómicas: interpessoal e intrapessoal.

Morris e col. (2005) encontraram uma estrutura de 5 factores semelhantes ao original com uma população de estudantes australianos (n=219). Estes autores optaram por acrescentar 3 itens ao factor “*Mudança Espiritual*”, nomeadamente “*Tenho um maior compromisso com as minhas crenças religiosas*”; “*Descobri um maior sentido espiritual na minha vida*” e “*Aceitei-me a mim próprio como um ser espiritual*”.

Jaarsma e col. (2006) investigaram as propriedades psicométricas da versão holandesa do PTGI (versão holandesa) num grupo heterogéneo de pacientes cancerígenos (n=294). Esta versão manteve a estrutura de 5 factores semelhante ao estudo original.

Recentemente, Taku e col. (2007) replicaram o estudo original numa amostra de estudantes universitários japoneses (n=312), tendo encontrado quatro factores: três iguais ao original: “*Relacionamento com outros*”; “*Novas possibilidades*” e “*Força Pessoal*”, e um 4º: “*Mudança Espiritual e Apreciação da Vida*”.

O objectivo principal do estudo aqui apresentado consiste na adaptação e validação do *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi & Calhoun, 1996) para a população portuguesa. Adicionalmente, este estudo descreve a relação que foi encontrada entre o Índice de Crescimento Pós-Traumático e os sintomas de PTSD e de Psicopatologia Geral.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 384 sujeitos com idades compreendidas entre 17 e 68 anos, sendo a média de 34,97 (dp=10,92; mediana=35). No que concerne ao sexo dos participantes, 56,8% pertence ao sexo feminino e 43,2% ao sexo masculino. Em relação ao estado civil, 50,9% dos sujeitos são casados, 44,4% solteiros, 3,1% divorciados e 1,6% viúvos. No que diz respeito às habilitações literárias, 22,1% concluiu o 1º ciclo, 41,3% o 2º ciclo e 22,1% o ensino secundário. Apenas 12,6% da amostra possui uma licenciatura e 1,8% realizou uma pós-graduação.

Estes sujeitos indicaram ter vivido pelo menos uma experiência potencialmente traumática ao longo da vida (condição central para poder ter havido crescimento pós-traumático).

Instrumentos

Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996)

O *Posttraumatic Growth Inventory* consiste num questionário que avalia o grau de mudanças positivas percebidas pelo indivíduo após um acontecimento adverso. O PTGI original é um questionário de 21 itens e possui 5 escalas: “*Relação com os outros*” (7 itens), “*Novas*

Possibilidades” (5 itens), “Força Pessoal” (4 itens), “Mudança Espiritual” (2 itens) e “Apreciação da Vida” (3 itens), sendo que o valor total corresponde ao grau de Crescimento Pós Traumático.

Este questionário possui uma escala de resposta do tipo *Likert* que pede aos sujeitos que assinalem o grau em que consideram ter mudado em consequência de um determinado trauma, numa escala que varia de 0 a 5, sendo que o “0” corresponde a “*Não Mudei*” ou “*Mudei mas não foi devido a esse acontecimento*” e “5” “*Mudei muito acentuadamente*”.

O processo de adaptação transcultural do *Posttraumatic Growth Inventory* foi realizado em 3 etapas distintas: tradução, estudo-piloto, retroversão.

Tradução

Após a autorização dos autores o instrumento original foi traduzido por duas investigadoras, independentemente (V1 e V2). Posteriormente as duas versões foram discutidas por 4 investigadoras e foram seleccionadas as versões dos itens que receberam maior consenso, sendo alguns itens corrigidos e reformulados (V3).

Estudo-Piloto

Esta versão provisória (V3) foi administrada a três sujeitos, a quem foi pedido uma reflexão falada, com o objectivo de verificar a compreensibilidade e inteligibilidade de cada item. Todas as dificuldades e sugestões apontadas pelos sujeitos foram anotadas para posterior discussão. A equipa de investigação reuniu novamente com o intuito de discutir e clarificar o questionário, reformulando-o novamente (V4).

Retroversão

A última versão do questionário foi retraduzida (português para inglês) por um tradutor independente e experiente (V5). Num momento posterior, esta última versão foi comparada com a versão original. Após a verificação da preservação de conteúdo, bem como a equivalência semântica, aceitou-se a versão final (VF). O formato original de 21 itens foi mantido.

Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (E.A.R.A.T.)

Da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (McIntyre, 1993; McIntyre & Ventura, 1996) foi apenas administrada a segunda parte, uma vez que a primeira se refere à exposição a acontecimentos traumáticos (informação acedida através do LSC-R). Esta segunda parte tem 17 itens que correspondem aos 17 sintomas de PTSD e dividem-se em 3 grupos de sintomas, os quais correspondem a cada um dos critérios de diagnóstico de PTSD segundo o DSM-IV-TR.

Neste estudo o *alpha* da escala total foi .86 e .70, .64 e .76 para as três escalas, respectivamente.

Brief Symptoms Inventory (B.S.I.)

O *Brief Symptoms Inventory* (Derogatis, 1993; Versão Canavarro, 1995) consiste num inventário que contempla 53 itens. Este solicita ao participante que classifique o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. A escala é do tipo *Likert* e vai desde (1- “Nunca”) a (5- “Muitíssimas vezes). O BSI avalia sintomas psicopatológicos ao nível de 9 dimensões (somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo) através de 3 índices globais: índice de sintomas positivos (ISP); índice geral de sintomas (IGS) e total de sintomas positivos (TSP). A análise de consistência interna revelou que o valor do *alpha* de *Cronbach* varia ente 0.61 para a escala “Psicoticismo” e 0.80 para a escala “Somatização” (Canavarro, 1999).

Procedimento

Após as respectivas autorizações avaliaram-se adultos com experiências diversificadas ao longo da vida. Desta forma foram contactados sujeitos que frequentavam 9 Centros de Novas Oportunidades (no âmbito da requalificação e validação de competências), uma biblioteca e uma Câmara Municipal. Paralelamente, administrou-se a bateria de questionários a três turmas de ensino universitário e duas turmas de pós-graduação. Com o intuito de analisar a estabilidade temporal do ICPT, realizou-se uma segunda aplicação (após cerca de 6 semanas) de modo a analisar os valores de correlação teste-reteste.

Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados tendo por base o programa estatístico SPSS (versão 15.0 para *Windows*).

Com o intuito de identificar a estrutura de factores do ICPT, uma análise factorial exploratória (AFE), através da análise das componentes principais, seguida de uma rotação varimax foram efectuadas. Na análise estatística foram usados o índice *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de esfericidade de *Bartlett* para a confirmação da factoriabilidade da matriz de correlações. Para a análise das componentes principais foram escolhidos os factores que obtiveram valores de *eigenvalues* superiores a 1.

Na análise da consistência interna foi calculado o valor de *alpha* de *Cronbach's* para a escala total, bem como para os factores retidos.

Uma análise exploratória de dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Deste modo as análises inferenciais foram realizadas com estatística não paramétrica.

RESULTADOS

Análise Factorial e Consistência Interna do ICPT

Uma análise factorial, seguida de uma rotação varimax, revelou a presença de 3 factores explicativos de 62,94% da variância total.

Quadro 1.

Loadings dos 21 itens do Inventário de Crescimento Pós-Traumático

Factores e respectivos itens do I.C.P.T.	F1	F2	F3	FOriginal
Factor 1: Maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais				
3- Tenho novos interesses	.655	.464		II
6- Percebo mais claramente que posso contar com as outras pessoas nos momentos difíceis	.302	.516	.415	I
7- Estabeleci um novo rumo para a minha vida	.729			II
8- Sinto-me mais próximo das outras pessoas	.629	.428		I
9- Consigo transmitir mais as minhas emoções	.680	.310	.308	I
11- Sou capaz de fazer coisas melhores com a vida	.626	.509		II
15- Sinto mais compaixão pelas outras pessoas	.638			I
16- Esforço-me mais nos meus relacionamentos	.771			I
17- É mais provável eu mudar as coisas que precisam ser mudadas	.739			II
20- Aprendi que as pessoas podem ser maravilhosas	.577	.362	.404	I
21- Aceito melhor o facto de precisar dos outros	.588	.365	.320	I
Factor 2: Mudança na percepção do self e da vida em geral				
1- Mudei as minhas prioridades acerca do que é importante na vida		.784		V
2- Dou mais valor à minha vida		.822		V
4- Confio mais em mim próprio	.593	.501		III
10- Agora sei que sou capaz de lidar com situações difíceis	.430	.596	.301	III
12- Aceito melhor a forma como as coisas são	.422	.488	.300	III
13- Aprecio mais cada dia da vida	.499	.687		V
19- Descobri que sou mais forte do que pensava	.461	.515		III
Factor 3: Mudança Espiritual				
5- Compreendo melhor a espiritualidade			.741	IV
18- Tenho uma fé religiosa mais forte			.810	IV
Eigenvalues	10.973	1.240	1.005	
Variância Explicada (%)	30.160	21.394	11.387	

Salienta-se que o teste de esfericidade de *Bartlett* foi estatisticamente significativo ($p < .001$) e o índice *Kaiser-Meyer-Olkin* foi de 0,950, confirmando a factoriabilidade da matriz de correlações.

Considerando que todos os itens têm valores de saturação acima de .40 em pelo menos um factor, optou-se por manter os 21 itens do PTGI original.

É importante ressaltar que o item 6 “*Percebo mais claramente que posso contar com as outras pessoas nos momentos difíceis*” apesar de ter um *loading* superior nas Componentes 2 e 3 (.516 e .415, respectivamente) optou-se por mantê-lo na componente 1 uma vez que, além de apresentar um *loading* superior a .30, concluiu-se que este item representaria melhor, em termos de conteúdo, o factor “*Maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais*”. Do mesmo modo, o item 4 “*Confio mais em mim próprio*” apesar de apresentar um *loading* superior na componente 1 considerou-se que representaria melhor o factor “*Mudança na Percepção do Self e da Vida em Geral*”.

A análise da consistência interna através do coeficiente do *alpha* de Cronbach’s apresentou um valor de .95 para a escala total; .94 para o factor “*Maior Abertura a Novas Possibilidades e maior envolvimento nas Relações Interpessoais*”; .89 para o factor “*Mudança na Percepção do Self e da Vida em Geral*” e, por último .64 para o factor “*Mudança Espiritual*”.

Com o intuito de determinar a confiança de teste-reteste do PTGI, foi utilizada uma sub-amostra de 45 sujeitos. A confiança de teste-reteste para o PTGI e respectivos factores foi aceitável, alcançando valores de ($r_{sp}=.766$; $p<.000$); ($r_{sp}=.777$; $p<.000$); ($r_{sp}=.744$; $p<.000$) e ($r_{sp}=.645$; $p<.000$), respectivamente.

Crescimento Pós-Traumático

Apenas 9,1% (n=35) da amostra revela não ter sofrido qualquer mudança positiva como resultado de um acontecimento adverso. Os restantes participantes (90,9%; n=349) apresentaram uma média total de crescimento de 41,93 (dp=26,43; mediana=42) num máximo de 105.

A análise detalhada de cada escala verificou que a escala “*Maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais*” obteve uma média de 23,05 (dp=16,08; mediana=22); enquanto que a escala “*Mudança na percepção do self e da vida em geral*” obteve 16,19 (dp= 9,74; mediana =17) e, por último, a escala “*Mudança Espiritual*” apresentou 2,71 (dp= 2,82; mediana =2) de média, sendo que o valor máximo possível seria 72, 42 e 12, respectivamente. Quando se divide a média de cada escala pelo número de itens, verifica-se que a escala “*Mudança na percepção do self e da vida em geral*” apresenta os maiores níveis de crescimento (2,3), seguindo-se a escala “*Maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais*” (1,9) e, por último, a escala “*Mudança Espiritual*” (1,4).

Sintomas de *Stress* Pós Traumático

No que concerne aos sintomas de stress pós traumático, verificou-se que a média da presente amostra é 3,88 (dp=3,79) com um mínimo de 0 e um máximo de 17. 13,4% dos sujeitos (n=51) revelou preencher os critérios para o diagnóstico de PTSD. No entanto, considerando que uma percentagem bastante significativa relata sintomas de stress pós traumático, ainda que não suficientes para receber o diagnóstico, optou-se por calcular o PTSD parcial, que corresponde ao relato de sintomas em pelo menos um dos grupos de sintomas da escala de PTSD. Assim, verificou-se que 55,8% da amostra apresenta PTSD parcial, sendo que 30,9% revelou não ter desenvolvido sintomatologia clínica em consequência da experiência adversa potencialmente traumática.

Sintomas Psicopatológicos Gerais

Os sintomas psicopatológicos foram acedidos através do cálculo do Índice Geral de Sintomas (IGS) avaliado pelo BSI. A média do IGS foi 0.73 (dp=0,56, mediana=0,60), sendo o mínimo 0 e o máximo 2.98. Este valor encontra-se dentro dos valores normativos para a população geral [0.36 a 1.32].

Com o intuito de distinguir os sujeitos com ou sem sintomas psicopatológicos, foi calculado o Índice de Sintomas Positivos (ISP), considerando o valor de corte proposto por Canavarro (1995). Esta análise permitiu verificar que 78,8% (n=307) da amostra não apresenta sintomas de psicopatologia nas dimensões avaliadas pelo BSI, sendo que 21,2% (n=77) apresentou valores clínicos de psicopatologia.

De modo a conhecer a possível relação existente entre CPT, PTSD e Psicopatologia Geral, realizaram-se correlações de *Spearman*, apresentadas no quadro que se segue:

Quadro 2.

Correlações das Variáveis “CPT”, “PTSD” e “Psicopatologia Geral”

	CPT	PTSD
PTSD	.306(***)	-
Psicopatologia Geral	,141(**)	.444(***)

p<.01; *p<.001

A análise do quadro acima apresentado permite verificar que os sintomas de psicopatologia geral estão positiva e significativamente correlacionados com PTSD ($r_{sp}=.444$; $p<.001$), mas também com CPT ($r_{sp}=.141$; $p<.01$). Deste modo, constata-se que os indivíduos com um maior número de sintomas psicopatológicos, tendem a apresentar maiores níveis de Perturbação de *Stress* Pós Traumático, mas também a perceber mais mudanças psicológicas positivas (CPT).

Adicionalmente, verificou-se uma correlação positiva entre o diagnóstico de PTSD e CPT ($r_{sp}=.306$; $p<.001$), constatando-se que os indivíduos com sintomas de *Stress Pós Traumático* tendem a relatar maiores níveis de Crescimento Pós Traumático.

DISCUSSÃO

O objectivo inicial do presente estudo consistiu na adaptação e validação do *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi & Calhoun, 1996) para a população portuguesa. Os resultados indicam que, embora o Inventário de Crescimento Pós Traumático não tenha mantido a mesma estrutura de factores do PTGI original (Tedeschi & Calhoun, 1996), apresentou uma boa consistência interna para a escala total, bem como para os três factores retidos, sendo por isso, adequado para a sua utilização na população portuguesa. Apesar do factor “*Mudança Espiritual*” apresentar um coeficiente de *Alpha de Cronbach’s* baixo, este valor pode ser explicado pelo facto de esta escala contemplar apenas 2 itens.

À excepção da adaptação e validação do *Posttraumatic Growth Inventory* na população Holandesa (Jaarsma et al., 2006) e Australiana (Morris et al., 2005), a versão portuguesa, chinesa, bósnia e espanhola encontraram uma estrutura de factores diferente da original. Enquanto que o estudo com vítimas de cancro de nacionalidade chinesa reteve uma estrutura de 4 factores (Ho et al., 2004), à semelhança de Taku e col. (2007) numa amostra com estudantes universitários japoneses, a versão Bósnia (Powell et al., 2003) e Espanhola (Weiss & Berger, 2006) encontraram apenas 3 escalas, numa amostra de refugiados/desalojados de *Sarajevo* e emigrantes latinos, respectivamente. No entanto, apesar de estas duas últimas investigações terem encontrado uma estrutura de três factores semelhante entre si, não corresponde às escalas encontradas pela adaptação portuguesa.

No presente estudo, o factor “*Maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais*” resultou da combinação dos factores originais “*Novas Possibilidades*” e “*Relações com os outros*”, enquanto que os factores “*Força Pessoal*” e “*Apreciação da Vida*” deram origem ao factor “*Mudança na Percepção do Self e da Vida em Geral*”. O factor original “*Mudança Espiritual*” foi perfeitamente replicado, mantendo-se a mesma denominação.

Não obstante, os dados obtidos nas diversas investigações parecem corroborar a noção de que as mudanças positivas após um acontecimento traumático são de carácter multidimensional (Cohen et al., 1998 cit. por Morris et al., 2005), afectando em concomitância ou não, vários domínios da vida (Linley & Joseph, 2004). Verifica-se assim, que o ICPT é capaz de avaliar não só o crescimento holístico, mas também as diversas áreas acima referidas.

Os resultados do presente estudo verificaram que uma percentagem bastante significativa da amostra (90,9%) revelou perceber crescimento, em média, de uma forma “ligeira” ou “moderada” (média=41,93) após um acontecimento traumático ocorrido nos últimos 5 anos. Este valor médio revela-se inferior aos obtidos noutras populações, nomeadamente nas vítimas de cancro chinesas (média=69,9) (Ho et al., 2004), holandesas (média=47,9) (Jaarsma et al., 2006) e nos emigrantes latinos (média=60,2) (Weiss et al., 2002). Estas diferenças, quer ao nível da estrutura de factores das diversas adaptações do PTGI, quer ao nível dos valores de CPT encontrados, anteriormente descritos, podem ter várias explicações. Por um lado, os condicionalismos culturais inerentes a cada sociedade têm um factor determinante no modo como o indivíduo percebe o *self*, interpreta os outros, e o mundo, e lhes atribui um significado próprio. Neste sentido, concorda-se com Calhoun e Tedeschi (2004) quando referem que parece plausível assumir que os processos psicológicos que envolvem a adaptação psicológica ao trauma, nomeadamente o Crescimento Pós Traumático, sejam influenciados pelos factores sócio-culturais.

Por outro lado, o tipo de acontecimento “sísmico” que despoletou (ou não) o CPT, não foi transversal em todos os estudos, ou seja, enquanto que alguns estudos adaptaram o PTGI com amostras de vítimas homogéneas, face a um acontecimento específico (e.g. vítimas de cancro), outras investigações, incluindo a portuguesa, utilizaram amostras mais abrangentes. Segundo os modelos de processamento cognitivo, para a ocorrência de CPT é necessário que o acontecimento adverso tenha suficiente magnitude para desafiar as assumpções do indivíduo (Janoff-Bulman 1992, cit. por Janoff-Bulman, 2004), bem como para elicitar respostas de *coping* (Folkman & Moskowitz, 2000). A título de exemplo, o cancro, ao constituir uma forte ameaça à vida, exigindo um tratamento de carácter agressivo e contínuo, bem como a incerteza da recorrência da doença, mesmo após a sua remissão, parece confrontar os esquemas do indivíduo, de um modo bastante severo, na medida em que o “obriga” a “reestruturar a sua forma de perceber o Mundo e os seus planos para nele viver” (Parkes, 1971, cit. por Cordova et al., 2001, p.102), constituindo assim, um catalisador persistente para o crescimento (Calhoun & Tedeschi, 1998).

À semelhança de Hobfoll e col. (2007), assim como Tedeschi e Calhoun (2004) este estudo encontrou uma correlação positiva entre CPT e PTSD, sustentando a visão de Zoellner e Maercker (2006) que afirmam que CPT e PTSD não correspondem às extremidades antagónicas de um *continuum* de adaptação ao trauma, ocorrendo, com frequência, em concomitância no indivíduo. Tendo por base o Modelo de Tedeschi e Calhoun (2004) pode-se considerar que os elevados níveis de sofrimento psicológico após o trauma, ao desencadear um processo de ruminação, automático e intrusivo (um dos critérios para o diagnóstico de PTSD), parece

corresponder à fase inicial do CPT. Contrariamente aos resultados obtidos por Solomon e col. (2007), que verificaram que os sintomas de PTSD com um nível intermédio, estavam associados a maiores níveis de CPT, sugerindo a existência de um nível óptimo de sofrimento que promove o CPT, esta investigação concluiu que os sujeitos que apresentavam maiores níveis de PTSD, percebiam mais crescimento. Deste modo, levanta-se a hipótese de nestes indivíduos haver a presença de crenças positivamente distorcidas sobre si, contempladas pela componente auto-ilusória do CPT (Maercker & Zoellner, 2004).

Os resultados deste estudo verificaram ainda uma associação positiva entre CPT e Psicopatologia geral, sublinhando-se assim, uma vez mais, que embora CPT possa ser um bom predictor de ajustamento psicológico, é um constructo diferente, coexistindo frequentemente com altos níveis de sofrimento emocional (Calhoun & Tedeschi, 2004). Deste modo, ressalva-se a necessidade de futuros estudos analisarem a relação de crescimento com diagnósticos psicopatológicos específicos.

Salienta-se ainda que não foi realizado o procedimento inerente à validação externa, na medida em que até à data, não existem instrumentos traduzidos e adaptados para a população portuguesa, que avaliem as dimensões do PTGI. Outra limitação, relaciona-se com a incerteza da magnitude do sofrimento do acontecimento adverso apontado pelos indivíduos como sendo o mais perturbador. Como anteriormente referido, é necessário que o acontecimento seja suficientemente “sísmico” para desafiar o Mundo “Assumptivo” do indivíduo para que ocorra crescimento (Janoff-Bulman 1992, cit. por Tedeschi & Calhoun, 2004). Neste sentido, os resultados do ICPT devem ser interpretados com algum cuidado. Assim, salienta-se a importância de futuras investigações avaliarem a severidade do sofrimento emocional da vítima, o modo como este interpretou o acontecimento, e como o trauma “desafiou” os seus esquemas. Por último, não foi pedido aos sujeitos para indicarem o tempo desde que decorreu o acontecimento traumático, limitando assim a nossa informação acerca das diferenças dos níveis de CPT e PTSD, logo após o trauma, bem como a sua evolução ao longo do tempo. Neste sentido, para uma análise mais profunda do fenómeno do CPT, seria essencial que outras investigações, sobretudo de carácter longitudinal, conciliassem técnicas quantitativas e qualitativas. De facto, estes métodos permitiriam analisar o impacto do acontecimento traumático nos esquemas prévios do indivíduo, o tipo de processamento cognitivo logo no período pós-trauma, bem como as diferentes trajectórias após o acontecimento adverso.

Os resultados obtidos nesta investigação não são encarados como um ancoradouro, mas antes, como uma pequena contribuição para um conhecimento preliminar da ocorrência de CPT na população portuguesa. Neste sentido, a fase seguinte do presente projecto de investigação consiste em realizar uma análise factorial confirmatória para substanciar/verificar a estrutura de

factores encontrada. Os resultados indicaram que o ICPT parece ser uma boa medida para avaliar o crescimento percebido após um acontecimento traumático na população portuguesa. Deste modo, espera-se que este instrumento seja útil para a pressecução de investigações nacionais no âmbito do trauma e das consequências psicológicas resultantes.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*: 4ª edição revista (DSM IV-TR). Climepsi Editores: Lisboa.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Mcmillan, J. (2000). A correlation test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521-527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues, 54*, 357-371.
- Cobb, A., Tedeschi, R., Calhoun, L., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 895-903.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176-185.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1048-1055.
- Ho, S. M.Y., Chan, C. L. W., & Ho, R. T. H. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13*, 377-389.
- Hobfoll, S. E., Hall, B., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review, 56*, 345-366.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology, 15*, 911-920.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*, 30-34.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 81-99). Routledge.

- Linley, P. A. (2003). Positive Adaptation to Trauma: Wisdom as Both Process and Outcome. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 601-610.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 11-21.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus Face of self-perceived growth: toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*, 60-64.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of Posttraumatic Growth in an Australian Population. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 575-585.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). *Journal of Clinical Psychology, 59*, 71-83.
- Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 335-340.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth Among Israeli Ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 303-312.
- Strümpfer, D. J. W. (2006). The Strengths Perspective: Fortigenesis in adult life. *Social Indicators Research, 77*, 11-36.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping, 20*, 353-367.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-471.
- Vásquez, C., Cervellón, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D., & Gaborit, M. (2001). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 313-328.
- Weiss, T., & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice, 16*, 191-199.
- Zoellner T., & Maercker A. (2006). Posttraumatic Growth in clinical Psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626-653.