

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA – COGNIÇÃO HUMANA

JÚLIA CANDIA DONAT

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE
DO INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

COGNIÇÃO HUMANA

GRUPO DE PESQUISA COGNIÇÃO, EMOÇÃO E COMPORTAMENTO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

DO INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para a conclusão de curso *stricto sensu* no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

JÚLIA CANDIA DONAT

ORIENTADOR: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

Porto Alegre
2019

Ficha Catalográfica

D677a Donat, Júlia Candia

Adaptação transcultural e evidências de validade do
International Trauma Questionnaire / Júlia Candia Donat . –
2019.

113.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen.

1. Transtornos relacionados a Trauma e Estressores. 2. Transtorno de
Estresse Pós-Traumático. 3. Avaliação Psicológica. I. Kristensen,
Christian Haag. II. Título.

Apresentação

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no grupo de pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento (CEC), coordenado pelo Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O NEPTE é um ambulatório de pesquisa que busca desenvolver conhecimento científico a respeito de avaliação e intervenção em trauma e estresse. O mais frequente diagnóstico de transtorno mental após eventos potencialmente traumáticos, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), sofreu alterações significativas em sua descrição nas últimas edições de importantes manuais diagnósticos. Esta dissertação visa a adaptação transcultural e a investigação de evidências de validade da versão em português brasileiro do *International Trauma Questionnaire*, instrumento que como objetivo principal a avaliação dos diagnósticos de TEPT e de TEPT Complexo conforme o modelo de um desses importantes manuais, a décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Conforme o Ato de Deliberação 05/2012 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, a presente dissertação é composta por uma fundamentação teórica e dois estudos empíricos. Ambos estudos são apresentados na língua inglesa, sendo o primeiro o artigo de adaptação transcultural da escala intitulado “*Cross cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for the Brazilian context*”, e o segundo um estudo das propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do questionário, intitulado “*Psychometric assessment of the International Trauma Questionnaire in its Brazilian Portuguese version: evidence of construct validity*”.

Agradecimentos

O presente trabalho apenas atingiu seus resultados finais através do esforço de uma grande equipe. Em primeiro lugar, agradeço aos autores do instrumento original, Marylene Cloitre e Joseph Bisson, que confiaram em nossa competência para realizar a adaptação do *International Trauma Questionnaire* para o português brasileiro. Gostaria de agradecer meu orientador, Prof. Christian Kristensen, pela oportunidade e por mais uma vez confiar em mim para executar um trabalho de grande importância. Destaco a colaboração dos colegas do grupo de pesquisa, em especial dos alunos de iniciação científica que trabalharam diretamente na execução do projeto; e também dos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE), principalmente dos estagiários de Psicologia Clínica que auxiliaram na coleta de dados do mesmo. Também sou muito grata pela parceria estabelecida com os pesquisadores da Universidade Federal Fluminense, Mauro Mendlowicz; da Universidade Federal do Rio de Janeiro, William Berger; e da Universidade Federal de Minas Gerais, Elizabeth Nascimento, Alina Gomide e Eduardo Lima. Um destaque especial também deve ser dado a Eduardo Reuwsaat Guimarães, Gustavo Ramos Silva, Julia Luiza Schaefer e Marcia Beatriz Candia Donat, que foram fundamentais para a realização do presente projeto. Ainda, agradeço aos professores Adriane Arteche, Mauro Mendlowicz e Marco Teixeira que, com suas sugestões metodológicas no momento da banca de qualificação, refinaram a qualidade científica do presente trabalho. Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e financiamento na realização da presente dissertação.

Dedico o presente trabalho ao meu avô, Hysmar Donat, que através do cuidado e devoção àqueles que amava, me inspirou a buscar respostas às perguntas que ainda não podem ser totalmente compreendidas.

Sumário

Apresentação	1
Agradecimentos	2
Sumário.....	3
Lista de tabelas e figuras	4
Resumo expandido	5
Extended Abstract.....	9
Seção teórica.....	13
Referências	29
Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for the Brazilian context.....	41
References	80
Psychometric assessment of the International Trauma Questionnaire - Brazilian Portuguese version: evidence of construct validity	59
References.....	85
Anexos	92

Lista de tabelas e figuras

Seção teórica

Tabela 1. Mapa de itens conforme os modelos estruturais de TEPT.....15

Tabela 2. Modelos diagnósticos do TEPT segundo o DSM-5 e a CID-11.....19

Artigo Empírico 1 - Cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for the Brazilian context

Table 1. Expert judges' evaluation, pretest in the target population and backtranslation of the PTSD questionnaire.....52

Table 2. Expert judges' evaluation, pretest in the target population and backtranslation of the DSO questionnaire.....53

Artigo Empírico 2 - Psychometric assessment of the International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese version: evidence of construct validity

Figure 1. Study design.....67

Figure 2. Models of ITQ.....73

Table 1. Descriptive statistics for trauma exposure according to LEC-5.....75

Table 2. Comparison in trauma exposure between diagnostic groups.....76

Table 3. Fit statistic for ITQ-Br models.....77

Table 4. Factor loadings of ITQ-Br.....79

Table 5. Spearman correlations between ITQ-Br and related constructs.....80

Resumo expandido

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um diagnóstico relativamente recente na literatura; e são frequentes as controvérsias a seu respeito, principalmente em relação a sua estrutura fatorial. De maneira a refletir importantes discussões científicas, as últimas versões dos mais relevantes manuais diagnósticos para transtornos mentais, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM-5) e a décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), se propuseram a realizar uma revisão nos critérios diagnósticos do TEPT. As revisões terminaram por gerar modelos distintos na compreensão do transtorno, que agora precisam ser avaliados através de estudos empíricos em diferentes culturas, a fim de que se obtenha uma compreensão mais acurada a respeito do fenômeno. Para tanto, são necessários instrumentos específicos para medir as diferenças nos critérios diagnósticos propostos. Enquanto o modelo do DSM-5 já tem um instrumento adaptado para o português brasileiro; o modelo da CID-11, embora apresente evidências empíricas preliminares mais promissoras, ainda não tem representação com um instrumento que possa ser utilizado em nosso contexto.

O *International Trauma Questionnaire* (ITQ) é o instrumento padrão-ouro para avaliar o modelo de transtornos relacionados a trauma da CID-11. O ITQ é composto por dois questionários de seis itens que avaliam sintomatologia pós-traumática e mais três itens que avaliam prejuízo funcional percebido em uma escala *Likert* de cinco pontos. O primeiro questionário avalia sintomas de TEPT em três fatores: revivência, evitação e senso de ameaça elevada. O segundo questionário avalia sintomas de dificuldades na auto-organização também em três fatores: desregulação de afeto, autoconceito negativo e dificuldades em relacionamentos. Segundo as recomendações dos autores da escala, para ser diagnosticado com TEPT, o indivíduo deve pontuar no mínimo 2 em cada um dos

fatores do primeiro questionário; e ao menos 2 em um dos itens de prejuízo funcional percebido. Para ser diagnosticado com TEPT Complexo, além disso, o sujeito deve pontuar no mínimo 2 em cada fator do questionário de dificuldades na auto-organização e também 2 em pelo menos um dos itens de prejuízo funcional percebido. O modelo da CID-11 indica que os indivíduos podem ser diagnosticados com um dos transtornos, mas nunca com os dois concomitantemente.

O objetivo desta dissertação foi traduzir, adaptar transculturalmente e buscar evidências de validade do ITQ em sua versão em português brasileiro (ITQ-Br). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Anexo A; Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, Anexo B). A estrutura dessa dissertação é composta por uma fundamentação teórica e dois artigos empíricos. A fundamentação teórica apresenta as discussões científicas mais recentes a respeito da estrutura do TEPT e os modelos propostos pelos manuais diagnósticos de forma aprofundada. Além disso, é feita uma revisão a respeito dos estudos já realizados internacionalmente com o ITQ.

O primeiro estudo empírico teve como objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural do ITQ (Anexo C) para o contexto brasileiro, através de cinco etapas: (1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo por parte de dois psicólogos bilingues com experiência em transtornos relacionados a trauma e estressores; (2) síntese das versões traduzidas, na qual um comitê de especialistas comparou as duas traduções com o objetivo construir uma versão única, atentos a possíveis vieses linguísticos, culturais e de compreensão. Nessa etapa, foram sugeridas mudanças em seis itens por conta de expressões idiomáticas ou objetivando uma melhor tradução técnica. (3) Avaliação da síntese por três juízes experts a respeito da abrangência e adequação das expressões contidas nos itens para generalização em diferentes contextos e populações a

partir do coeficiente de validade de conteúdo (CVC), que obteve nível satisfatório (CVC > 0.7) já na primeira rodada de avaliações (Questionário para juízes experts, Anexo D); (4) estudo piloto, no qual 35 participantes de pesquisa nas cidades de Porto Alegre, Belo Horizonte e Rio de Janeiro avaliaram o nível de compreensão do questionário. Novamente, os itens foram considerados adequados (média de compreensão de itens > 3) já na primeira avaliação dos participantes (Questionário para a população alvo, Anexo E); e (5) tradução reversa, que consistiu na tradução da versão preliminar do instrumento para o idioma de origem por parte de um tradutor sem experiência em saúde mental e cego ao instrumento original; que foi, então, enviada e aprovada pelos autores do estudo original. Os resultados deste estudo indicam boas evidências de validade de conteúdo do ITQ-Br (versão em português brasileiro do ITQ, Anexo F).

O segundo estudo empírico teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do ITQ-Br. 245 participantes responderam a uma pesquisa online com o ITQ-Br e outros instrumentos psicológicos avaliando exposição a eventos traumáticos (Life Events Checklist; LEC-5; Anexo G), sintomatologia pós-traumática (Posttraumatic Symptom Checklist; PCL-5; Anexo H), depressão (Patient Health Questionnaire 9; PHQ-9; Anexo I), desregulação emocional (Difficulties in Emotional Regulation Scale; DERS; Anexo J), dissociação (Dissociative Experiences Scale; DES; Anexo L) e maus tratos na infância (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ; Anexo M). A validade de construto foi investigada através de (1) análise fatorial confirmatória; (2) análise de consistência interna (alfa de Cronbach); (3) comparações entre os grupos diagnósticos TEPT, TEPT Complexo e sem sintomas pós-traumáticos significativos; e (4) análise de construtos relacionados. As análises foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 e no *Analysis of Moment Structures* (AMOS) versão 21. O resultado de análise fatorial confirmatória indicou bom ajuste dos modelos da CID-11 aos dados na

amostra brasileira. A análise de consistência interna foi satisfatória ($\alpha > .70$) nos dois questionários e em todos os fatores, com a exceção do fator de desregulação de afeto ($\alpha = .59$). A análise de construtos relacionados indicou evidências de validade convergente e discriminante dos questionários de TEPT e de TEPT Complexo; com o primeiro sendo mais fortemente associado a sintomas intrusivos, evitativos e de hiperexcitabilidade (mensurados pela PCL-5); enquanto o segundo a sintomas de alterações negativas em cognição e humor (PCL-5), depressão (PHQ-9), dissociação (DES), desregulação emocional (DERS) e maior exposição a maus tratos na infância (CTQ). O TEPT Complexo (29%) foi mais prevalente na amostra do que o TEPT (7,8%); e a exposição a eventos traumáticos foi significativamente conforme a complexidade dos diagnósticos. Os resultados desse estudo indicam a boa validade de construto da versão em português brasileiro do ITQ.

Tomados em conjunto, os estudos que compõem esta dissertação indicam boas propriedades do ITQ-Br, através de evidências de validade de conteúdo, consistência interna e diferentes tipos de validade de construto. O instrumento, uma medida de auto relato de simples e rápida aplicação, pode agora ser usados em contextos nacionais clínicos e de pesquisa. Futuros estudos com amostras brasileiras devem investigar preditores, curso e natureza do TEPT e do TEPT Complexo segundo o modelo da CID-11, a fim de contribuir com as discussões científicas internacionais que investigam os modelos dos diagnósticos relacionados a trauma e estressores.

Palavras-chave: Transtornos relacionados a Trauma e Estressores, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Avaliação Psicológica

Extended Abstract

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a recent diagnosis in the literature; and controversies about it are frequent, especially in relation to its factorial structure. The 5th of the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5) and the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11), in order to reflect important scientific discussions, performed a review of the diagnostic criteria for PTSD. These reviews eventually generated distinct models of the disorder, which now need to be evaluated through empirical studies in different cultures, in order that a more accurate understanding of the phenomenon could be achieved. To this end, specific instruments for these models are needed. While the DSM-5 model already has an instrument adapted for Brazilian Portuguese; the ICD-11 model, although presenting more promising preliminary empirical evidence, still does not have an instrument properly adapted to be used in the Brazilian context.

The International Trauma Questionnaire (ITQ) is the gold standard instrument for assessing the ICD-11 trauma-related disorder model. The ITQ is composed of two questionnaires of six items that evaluate post-traumatic symptoms and three other items that assess functional impairment on a 5-point Likert scale. The first questionnaire assesses PTSD symptoms in three factors: reexperience, avoidance and elevated sense of threat. The second questionnaire evaluates symptoms of disturbances in self-organization (DSO) also in three factors: affective dysregulation, negative self-concept and disturbances in relationships. Following recommendations of the instrument authors, to be diagnosed with PTSD, the individual must score at least 2 in each of the factors of the first questionnaire; and at least 2 in one of the functional impairment items. In order to be diagnosed with Complex PTSD, the subject must score at least 2 in each factor of the

DSO questionnaire and also 2 in at least one of the items of functional impairment. The ICD-11 model indicates that individuals can be diagnosed with one of the disorders but never with both.

The main goal of this dissertation was to translate, cross-culturally adapt and investigate evidences of validity of ITQ in its Brazilian Portuguese version (ITQ-Br). The structure of this dissertation is composed of a theoretical foundation and two empirical articles. The theoretical basis presents the most recent scientific discussions about the factorial structure of PTSD and the models proposed by the diagnostic manuals. In addition, a review of studies already carried out internationally with ITQ was presented. Both studies were approved by Ethics Committee of Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

The first empirical study aimed to translate and transcultural adapt the scale for the Brazilian context, through five steps: (1) translation of the instrument into the target language by two bilingual psychologists with experience in trauma-related disorders; (2) synthesis of translated versions, in which a committee of specialists compared the two translations with the aim of constructing a single version, attentive to possible linguistic, cultural and comprehension biases. At this stage, changes were suggested in six items because of idiomatic expressions or aiming a better technical translation. (3) Evaluation of the synthesis by three expert judges regarding the comprehensiveness and appropriateness of the expressions for generalization in different contexts and populations through the Content Validity Coefficient (CVC), which was satisfactory ($CVC > 0.7$) already in the first round of evaluations; (4) a pilot study, in which 35 research participants in the cities of Porto Alegre, Belo Horizonte and Rio de Janeiro assessed the comprehension level of the questionnaire. Again, items were considered adequate (average item comprehension > 3) already in the first round of evaluations; and (5) reverse

translation, which consisted of translating the draft version of the instrument into the source language by a translator without mental health experience and blind to the original instrument; which was then sent and approved by the authors of the original scale. This study demonstrated evidences of good content validity of the Brazilian Portuguese version of ITQ (ITQ-Br).

The second empirical study aimed to evaluate the psychometric properties of ITQ-Br. 245 participants answered to an online survey with ITQ-Br and other psychological instruments assessing exposure to traumatic events (Life Event Checklist; LEC-5), posttraumatic symptomatology (Posttraumatic Symptom Checklist; PCL-5), depression (Patient Health Questionnaire 9; PHQ-9), emotional dysregulation (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS), dissociation (Dissociative Experiences Scale; DES) and childhood maltreatment (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ). The construct validity was investigated through (1) confirmatory factorial analysis; (2) internal consistency analysis (Cronbach's alpha); (3) comparisons between the diagnostic groups' PTSD, Complex PTSD and non-significant symptoms; and (4) analysis of related constructs. The analyzes were performed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21 and in Analysis of Moment Structures (AMOS) version 21. Results of the confirmatory factorial analysis indicated good adjustment of the ICD-11 models to the data in the Brazilian sample. The internal consistency analysis was satisfactory ($\alpha > .70$) in both questionnaires and in all factors, with the exception of the Affective Dysregulation factor ($\alpha = .59$). The analysis of related constructs indicated evidence of convergent and discriminant validity of the PTSD and Complex PTSD questionnaires; with the first being more strongly associated with intrusive, avoidant and hyperarousal symptoms (PCL-5); while the second to symptoms of negative alterations in cognition and mood (PCL-5), depression (PHQ-9), dissociation (DES), emotional

dysregulation (DERS), and increased exposure to childhood maltreatment (CTQ). Complex PTSD (29%) was more prevalent than PTSD (7.8%); and exposure to traumatic events was significantly higher in the path of diagnosis complexity. Comparisons were made with results from international studies using the ITQ. This study demonstrated good evidences of construct validity of ITQ-Br.

Taken together, both studies in this dissertation indicate good psychometric properties of ITQ-Br through evidence of content validity, internal consistency, and different types of construct validity. The instrument, a self-reporting measure of simple and quick application, can now be used in national clinical and research contexts. Future studies with Brazilian samples should investigate predictors, course and nature of PTSD and CPTSD according to the ICD-11 model, in order to contribute to the international scientific discussions that investigate the models of trauma related disorders.

Keywords: Trauma and stressor related disorders; Psychological trauma; International classification of diseases; Surveys and questionnaires.

Seção teórica

Ainda que as consequências psicológicas de eventos traumáticos sejam descritas há muito tempo (*e.g.*, após o Grande Incêndio de Londres, em 1666), e tenham recebido diversos nomes ao longo da história, como “neurose traumática” ou “neurose de guerra” (Keane, Marshall, & Taft, 2006), o reconhecimento científico de um diagnóstico relacionado a trauma é relativamente recente. Apenas na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM; *American Psychiatric Association* [APA], 1980) e na décima edição do manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID; *World Health Organization*, [WHO], 1993), surgiu o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), principalmente através da observação de soldados, sem histórico prévio de psicopatologia, que voltavam da Guerra do Vietnã em intenso sofrimento psíquico (Keane et al., 2006; McNally, 2003). Os principais sintomas de TEPT foram caracterizados através de três fatores principais: (1) revivência, (2) evitação e (3) hiperexcitabilidade. O modelo do DSM incluiu, ainda, sintomas de embotamento afetivo junto ao fator de evitação (APA, 1980, 1987; WHO, 1993).

O TEPT é um transtorno de alta prevalência (Kessler et al., 2005; Stein, Seedat, Iversen, & Wessely, 2007) e está dentre os diagnósticos mais utilizados por profissionais de saúde mental (Evans et al., 2013; Reed, Correia, Esparza, Saxena, & Maj, 2011). No entanto, existem controvérsias a respeito do diagnóstico desde o seu surgimento; principalmente em relação a amplitude dos sintomas, também característicos de outros transtornos mentais (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, & Galea, 2009; Stein et al., 2007); e que, frequentemente, vão para além daqueles descritos pelos manuais diagnósticos (*e.g.*, dissociação, desregulação emocional) – esses últimos investigados através dos construtos de *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS;

Transtorno de Extremo Estresse não especificado, em português) e TEPT Complexo (Herman, 1992; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

A presença de sintomas vagos e ambíguos no TEPT, também característicos de outros transtornos mentais (Brewin et al., 2009; Spitzer, First, & Wakefield, 2007), termina por gerar apresentações clínicas heterogêneas e altas taxas de comorbidades, principalmente com transtornos depressivos e transtornos de ansiedade (Simms, Watson, & Doebbell, 2002; Spitzer et al., 2007; Yufik & Simms, 2010). Frequentemente, a literatura da área do trauma discute os critérios diagnósticos do TEPT, principalmente no que diz respeito a quais são os sintomas generalistas de sofrimento psicológico que devem ser entendidos como comorbidades frequentes e não como parte do transtorno; e quais devem ser acrescentados ao diagnóstico por caracterizar uma resposta diretamente relacionada ao trauma.

A fim de tentar compreender essas questões, estudos com análises fatoriais dos modelos de estrutura latente do TEPT tentam identificar o número de sintomas ideal para o algoritmo do diagnóstico, para que se descubra quais são os elementos centrais que empírica e teoricamente distinguem o TEPT de outros transtornos (Armour, 2015). No entanto, mais de uma centena de estudos deste tipo, compilados através de revisão sistemática de Armour, Müllerová, e Elhai (2016), não conseguiram chegar a um consenso a respeito da estrutura do TEPT, uma vez que encontram explicações que variam entre um e sete fatores. A meta-análise conduzida por Yufik e Simms (2010) aponta que dois modelos de quatro fatores parecem ser os que melhor explicam os sintomas pós-traumáticos a partir dos critérios do DSM-IV: o modelo de King, Leskin, King e Weathers (1998), que divide o fator evitação/embotamento em dois; e o modelo de disforia de Simms e colaboradores (2002), que além de também fazer tal divisão, limita os sintomas de hiperexcitabilidade a dois, concentrando os demais sintomas junto aos do

fator de embotamento, criando um novo fator batizado de disforia. A Tabela 1 mostra os principais modelos estruturais para o TEPT.

Tabela 1. Mapa de itens conforme os modelos estruturais de TEPT

Sintomas	Modelo CID -10	Modelo DSM-IV-TR	Modelo 4 fatores (King et al., 1998)	Modelo de Disforia (Simms et al.,2002)
Pensamentos intrusivos	R	R	R	R
Pesadelos recorrentes	R	R	R	R
Flashbacks	R	R	R	R
Sofrimento psicológico intenso em resposta a pistas do trauma		R	R	R
Reatividade fisiológica a pistas do trauma	R	R	R	R
Evitação de pensamentos ou sentimentos relacionados ao trauma	Ev	Ev, Em	Ev	Ev
Evitação de atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma	Ev	Ev, Em	Ev	Ev
Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma		Ev, Em	Em	D
Redução acentuada do interesse em atividades significativas		Ev, Em	Em	D
Sensação de distanciamento dos outros		Ev, Em	Em	D
Afeto restrito		Ev, Em	Em	D
Sentimento de futuro abreviado		Ev, Em	Em	D
Dificuldades no sono	H	H	H	D
Irritabilidade		H	H	D
Dificuldade em concentrar-se		H	H	D
Hipervigilância	H	H	H	H
Resposta de sobressalto exagerada	H	H	H	H

Nota. CID-10 = 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças; DSM-IV-TR = 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; D = disforia; Ev = Evitação; Em = Embotamento; H = hiperexcitabilidade; R = Revivência.

Uma parte da literatura entende que os sintomas agrupados fora dos três fatores principais (*i.e.*, embotamento e disforia) são generalistas, indicando sofrimento psicológico geral; e não pertencentes ao construto do TEPT (Brewin, 2013; Gootzeit & Markon, 2011; Yufik & Simms, 2010). Defende-se que, para que se chegue a um algoritmo mais adequado do diagnóstico, é necessário que os pesquisadores e clínicos estejam mais atentos aos sintomas representativos e centrais do transtorno (*e.g.*, *flashbacks* do evento, hipervigilância) (Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane, & Silove, 2011; Schell, Marshall, & Jaycox, 2004) e menos aos sintomas que dão pouca informação a respeito de um diagnóstico diferencial (*e.g.*, ruminação, irritabilidade, problemas de concentração). Para tanto, o número de sintomas de TEPT deveria ser reduzido, diminuindo as possíveis combinações de critérios e tornando o perfil de apresentação clínica mais homogêneo. Assim, a frequência dos considerados, por esses autores, casos de “falsos positivos” reduziria e os indivíduos receberiam diagnósticos mais adequados à sua sintomatologia (Brewin et al., 2009; Maercker et al., 2013).

Há também a ideia de que apenas os sintomas de TEPT descritos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) e pela CID-10 (WHO, 1993) não são suficientes para dar conta de toda uma gama de reações psicopatológicas que podem acontecer após eventos estressores traumáticos. O construto de DESNOS/TEPT Complexo diz respeito a uma série de sintomas como desregulação emocional, dissociação, perturbações em relacionamentos (*e.g.*, dificuldade de confiar e criar intimidade com outras pessoas), sintomas somáticos e alterações em crenças negativas a respeito de si (*e.g.*, como se o sujeito estivesse contaminado ou fosse culpado pelo trauma) (Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, & Mandel, 1996). Tais sintomas parecem estar mais associados a exposição a múltiplos traumas em idade precoce, principalmente em casos de abuso sexual e abuso físico (Cloitre et al., 2009; Pelcovitz et al., 1997; Stein et al., 2013; van

der Kolk et al., 1996); e podem levar a evitação disfuncional do estado negativo gerado pelo trauma através de abuso de substâncias, tentativas de suicídio e comportamentos redutores de tensão (*e.g.*, automutilação, compulsão sexual, compulsão alimentar) que surgem como tentativas de alterar a percepção, anestesiá-la, produzir estados incompatíveis com estresse e buscar a fuga das experiências negativas através de outras ativações emocionais (Briere, Hodges, & Godbout, 2010). Pesquisas demonstraram que a maior parte dos indivíduos com tais sintomas também tem TEPT (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997; van der Kolk et al., 2005), indicando que tal sintomatologia não parece representar uma comorbidade, mas sim uma forma de apresentação associada que captura toda a complexidade das adaptações do ser humano a experiências traumáticas (van der Kolk et al., 1996).

De maneira a refletir as discussões científicas atuais a respeito do TEPT, a última versão do DSM (DSM-5; APA, 2014) e da CID (CID-11, WHO, 2018), se propuseram a revisar o diagnóstico. Embora tentativas de diálogo entre os grupos de trabalho da APA e da WHO tenham acontecido com a intenção de harmonizar os critérios diagnósticos dos manuais (Bisson, 2013), foram poucas as efetivas mudanças nesse sentido. Alguns exemplos são a manutenção dos três principais fatores de sintomas; e a mudança harmônica da inclusão do TEPT em uma nova categoria diagnóstica, a de “Transtorno Relacionado a Trauma e Estressores” no DSM 5 e “Transtorno Especificamente Associado ao Estresse” na CID 11; e não mais como um Transtorno de Ansiedade (Wisco et al., 2016). No entanto, na comparação entre outros aspectos do diagnóstico, como diferenças no número de critérios e a inclusão de novos fatores, subtipos ou até mesmo diagnósticos diferenciais, as diferenças entre o DSM-5 e a CID-11 serão ainda maiores do que eram no DSM IV-TR e na CID-10 (Bisson, 2013; Wisco et al., 2016).

Em relação aos critérios diagnósticos, a equipe de trabalho do DSM-5, a fim de dar uma resposta a amplitude das reações pós-traumáticas observadas, posicionou-se de forma a incluir as evidências científicas que mostravam que a explicação de três fatores não era o melhor modelo para a estrutura do TEPT (Armour et al., 2016; Yufik & Simms, 2010). O número de possíveis critérios diagnósticos subiu de 17 para 20 e um novo fator (*i.e.*, alterações negativas em cognição e humor) e um novo subtipo para adultos (*i.e.*, dissociativo) foram criados (APA, 2014).

Enquanto o DSM acrescentou critérios diagnósticos; na CID 11, houve uma diminuição destes. Foram excluídos os sintomas considerados generalistas de sofrimento psicológico (*e.g.*, reatividade emocional ou fisiológica como forma de revivência, irritabilidade/ problemas de concentração como demonstração de hiperexcitabilidade), conforme o modelo de Simms e colaboradores (2002), visando reduzir o número de sintomas a um enfoque nos elementos centrais do TEPT, proposição defendida por diversos pesquisadores (Brewin et al., 2009; Stein et al., 2007). A equipe de trabalho da WHO considerou que apenas os sintomas diretamente relacionados a trauma, descritos no modelo de três fatores, é que deveriam fazer parte da descrição do diagnóstico (Maercker et al., 2013).

A CID-11 propõe, ainda, um modelo diagnóstico diferencial de TEPT Complexo, descrito como um transtorno que surge tipicamente (mas não exclusivamente) depois de um extremo ou prolongado estressor do qual escapar é difícil ou impossível (*e.g.*, abuso sexual na infância, tortura, escravidão, exposição a violência doméstica). O TEPT Complexo seria uma soma dos sintomas de TEPT já descritos, mais persistentes sintomas de desorganização pessoal em três fatores: (1) desregulação de emocional (*e.g.*, comportamento autodestrutivo, anestesia emocional, anedonia, estados dissociativos), (2) conceitos negativos sobre si (*e.g.*, crenças negativas sobre si, sentimentos de vergonha e

culpa) e (3) perturbações nos relacionamentos (e.g., não sentir-se próximo de outras pessoas, desinteresse em relações interpessoais) (WHO, 2018). Os sintomas de desorganização pessoal descritos na CID-11 foram baseados nos resultados mais frequentemente apresentados por pacientes em estudos clínicos e na opinião de especialistas sobre o tema (Cloitre et al., 2011; van der Kolk et al., 2005). A Tabela 2 apresenta um resumo dos modelos diagnósticos do DSM-5 e da CID-11.

Tabela 2. Modelos diagnósticos do TEPT segundo o DSM-5 e a CID-11

Modelos TEPT	DSM-5	CID-11
Sintomas intrusivos / Reexperiência	Lembranças angustiantes do trauma; Pesadelos; Flashbacks dissociativos; Sofrimento psicológico em resposta a pistas do trauma; Reações fisiológicas em resposta a pistas do trauma	Memórias intrusivas vívidas acompanhadas de medo ou horror; Flashbacks ou pesadelos
Evitação	Evitação de pistas internas e externas do trauma	Evitação de pensamentos, memórias, atividades ou situações
Alterações marcadas em reatividade e excitação / Estados de percepção elevada de ameaça	Hipervigilância; Resposta de sobressalto exagerada; Problemas de concentração; Perturbação de sono; Comportamento imprudente e autodestrutivo; Comportamento irritadiço e/ou surtos de raiva	Hipervigilância; Reações exageradas de sobressalto
Alterações negativas em cognição e humor	Incapacidade de recordar o trauma; Crenças negativas sobre si; Culpabilização de si ou de outros; Estado emocional negativo; Interesse diminuído em atividades; Distanciamento e alienação; Incapacidade de viver emoções positivas	
Diagnóstico diferencial	Subtipo dissociativo	TEPT Complexo, com fatores de desregulação emocional, crenças negativas sobre si e dificuldades em relacionamentos

Nota. CID-11 = 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças; DSM-5 = 5ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O modelo do DSM-5 tem sido considerado, no mínimo, satisfatório em análises fatoriais confirmatórias em estudos com população universitária, veteranos de guerra, refugiados e vítimas de diferentes tipos de trauma (e.g., terremotos, acidentes) (Biehn et al., 2013; Elhai et al., 2012; Forbes et al., 2015; Liu et al., 2014; Miller et al., 2013; Schnyder et al., 2015). No entanto, a amplitude dos sintomas de TEPT, especialmente aqueles considerados generalistas por uma parte da literatura (e.g., irritabilidade, comportamento imprudente, dificuldade de concentração, insônia), segue influenciando nos achados de pesquisa de maneira a produzir resultados inconsistentes. A partir da reorganização de tais sintomas, alguns estudos encontram melhores resultados para seus dados através de explicações de cinco ou seis fatores (Gentes et al., 2014; Liu et al., 2014) ou a partir do modelo de disforia de Simms e colaboradores (2002) (Forbes et al., 2015; Miller et al., 2013). Além disso, outros dois critérios têm se mostrado especialmente problemáticos, apresentando baixas cargas fatoriais: o comportamento imprudente e autodestrutivo, do fator de alterações marcantes na excitação ou reatividade (Carmassi et al., 2013; Elhai et al., 2012; Forbes et al., 2015; Gentes et al., 2014; Miller et al., 2013); e a amnésia dissociativa, do fator de alterações negativas em cognição e humor (Forbes et al., 2015; Gentes et al., 2014; Miller et al., 2013). Novamente, a literatura se divide na discussão entre aqueles que defendem que tais sintomas devem fazer parte da descrição diagnóstica do TEPT (Forbes et al., 2015; Liu et al., 2014) e os que acreditam que esses deveriam ser considerados como parte de subtipos ou de diagnósticos diferenciados (Contractor et al., 2014; Frewen, Brown, Steuwe, & Lanius, 2015).

Brewin e colaboradores (2017) realizaram uma revisão das evidências empíricas da literatura a respeito do modelo de TEPT e TEPT Complexo da CID-11. Em relação a estrutura fatorial do TEPT, a conclusão dos autores foi que a solução de três fatores proposta pelo manual é adequada (em alguns estudos, a melhor) para descrever os

sintomas do transtorno, a partir de estudos realizados com refugiados de Papua Nova-Guiné (Tay, Rees, Chen, Kareth, & Silove, 2015), pacientes traumatológicos australianos (Forbes et al., 2015), estudantes finlandeses expostos a atentados com armas em escolas (Haravuori, Kiviruusu, Suomalainen, & Marttunen, 2016) e outros tipos de amostras com vítimas de traumas (e.g., Hansen, Hyland, Armour, Shevlin, & Elklit, 2015; Hyland et al., 2017). Em relação a estrutura fatorial do TEPT Complexo, embora ainda não haja consenso na literatura, os melhores resultados têm sido encontrados a partir do modelo proposto pela CID-11 de dois fatores que representam as estruturas de TEPT e de desorganização pessoal (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2017; Shevlin et al., 2017), o que traz evidências de validade para o construto do TEPT Complexo, composto por dois distintos e relacionados componentes (Brewin et al., 2017).

Evidências qualitativas das diferenças entre os diagnósticos de TEPT e TEPT Complexo também têm sido investigadas. Existem evidências empíricas de que traumas interpessoais (e.g., estupro, agressão física) (Cloitre et al., 2013; Dokkedah, Oboke, Ovuga, & Elklit, 2015; Elklit et al., 2014) e maus tratos na infância, principalmente abuso sexual (Cloitre et al., 2013; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2017) são fatores de risco mais importantes para o diagnóstico de TEPT Complexo do que para o de TEPT. Além disso, indivíduos com TEPT Complexo apresentam maior prejuízo em funcionamento (Karatzias et al., 2017), com sintomas mais intensos de depressão, ansiedade, dissociação, somatização, distúrbios de sono e comportamentos agressivos (Elklit et al., 2014), provavelmente necessitando de um processo de tratamento mais extenso para a melhora de seus sintomas do que aqueles pacientes com TEPT (Cloitre et al., 2011; Ford, 2015).

As mudanças a respeito do diagnóstico de TEPT refletem diferenças paradigmáticas na concepção dos manuais, uma vez que, a partir de diferentes perspectivas, ambos se posicionaram em relação às discussões mais recentes da literatura

a partir dos modelos de estrutura fatorial do TEPT com mais evidências empíricas de validade (Yufik & Simms, 2010). Ao longo de toda CID 11, a equipe de trabalho da WHO optou por simplificar os critérios diagnósticos para o que era central em cada um dos transtornos, a fim de aprimorar a utilidade clínica, diminuir comorbidades, facilitar o diagnóstico diferencial e criar grupos mais homogêneos para fins de pesquisa (Maercker et al., 2013; Reed et al., 2011). Por isso, optou por restringir os sintomas de TEPT àqueles centrais, criando o diagnóstico de TEPT Complexo para dar conta de outros tipos de reações pós-traumáticas referidas na literatura. Já a equipe de trabalho da APA, responsável pelo DSM 5, optou por uma abordagem mais conservadora e listou amplamente toda a gama de possíveis sintomas como parte de um diagnóstico único de TEPT, a fim de que nenhum aspecto deixasse de ser investigado - mesmo que isso resultasse em apresentações clínicas mais heterogêneas (Friedman, 2013; Weathers, Marx, Friedman, & Schnurr, 2014).

Já existem investigações empíricas comparando os diferentes modelos de TEPT na literatura. As evidências, ainda preliminares, apontam que a prevalência de TEPT pelos critérios da CID-11 é menor em comparação ao modelo do DSM-5 (Hafstad, Thoresen, Wentzel-Larsen, Maercker, & Dyb, 2017; Hansen et al., 2015; Karatzias et al., 2016; O'Donnell et al., 2014; Wisco et al., 2016) e que parece haver uma redução das comorbidades a partir do modelo da CID-11 (Cyniak-Cieciura, Staniaszek, Popiel, Pragłowska, & Zawadzki, 2017; La Greca, Danzi, & Chan, 2017; O'Donnell et al., 2014) – embora um estudo não tenha encontrado diferenças em comorbidades entre os modelos (Wisco et al., 2016). Tais resultados ainda geram dúvidas se o modelo do DSM-5 está diagnosticando sujeitos que deveriam ter outros tipos de transtornos com TEPT ou se o modelo da CID-11 é que é pouco sensível em captar toda uma variedade de reações pós-traumáticas (Hansen et al., 2015; La Greca et al., 2017; O'Donnell et al., 2014). Análises

fatoriais confirmatórias que compararam as estruturas do diagnóstico de TEPT a partir dos dois diferentes modelos apresentam evidências mais favoráveis ao modelo da CID-11 (Cyniak-Cieciura et al., 2017; Hansen et al., 2015; La Greca et al., 2017), com o modelo do DSM-5 falhando em atingir um padrão estatístico satisfatório em diferentes amostras de vítimas de trauma no estudo de Hansen e colaboradores (2015).

No entanto, existem importantes limitações na discussão de tais resultados. Ainda que os estudos tenham envolvido bom tamanho amostral e população clínica, a maior parte deles não utiliza instrumentos desenvolvidos especificamente para o modelo da CID-11, mas sim adaptações, através da redução de itens, de instrumentos normalmente baseadas em modelos do DSM (e.g., Cloitre et al., 2013; Elklit et al., 2014; Perkonig et al., 2016), como foi apontado por Hyland e colaboradores (2017). Além disso, poucos estudos (e.g., Cyniak-Cieciura et al., 2017; O'Donnell et al., 2014) utilizaram escalas adaptadas aos critérios do DSM-5, enquanto os demais fizeram adaptações de instrumentos baseados nos critérios do DSM-IV-TR, a partir de cortes ou inclusão de itens para aproximação dos modelos do DSM-5 e da CID-11. Ainda, em alguns estudos, os critérios da CID-11 para TEPT nem haviam sido claramente estabelecidos, e o modelo considerado foi baseado em proposições iniciais do grupo de trabalho da WHO (e.g., Hafstad et al., 2017; Wisco et al., 2016). Tais limitações aconteceram, principalmente, porque as pesquisas investigando as propriedades psicométricas de instrumentos para os modelos atuais, principalmente no caso da CID-11, ainda estão em fase inicial.

O contexto de mudanças nos critérios diagnósticos do TEPT, tanto do DSM-5 quanto da CID-11, tem sugerido a necessidade de elaborações e reavaliações de instrumentos que possam mensurar e diagnosticar reações pós-traumáticas; além de auxiliar na compreensão de qual modelo que melhor explica como essas acontecem. Pesquisadores responsáveis por estudos preliminares de comparação, críticos e

defensores dos modelos, parecem concordar que as pesquisas da área do trauma precisam focar primeiramente em instrumentos de medida que auxiliem na melhor compreensão da estrutura do TEPT (Ford, 2015; Hafstad et al., 2017; Resick et al., 2012).

No modelo do DSM-5, escalas já reconhecidas internacionalmente foram adaptadas aos novos critérios, tais como a *Posttraumatic Symptom Checklist* (PCL-5; Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015) e a *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5; Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013). Partindo do modelo do TEPT e TEPT Complexo proposto pela CID-11, foi desenvolvido o *International Trauma Questionnaire*, dois questionários diagnósticos, um de TEPT e outro a respeito dos sintomas de desorganização pessoal. O instrumento é medido através de uma escala *Likert* de 5 pontos. O questionário para TEPT contém 6 questões referentes a sintomas que podem ser agrupados nos três fatores centrais do TEPT (*i.e.*, revivência, evitação e hipervigilância), e três questões referentes a prejuízos funcionais da sintomatologia apresentada. Para o diagnóstico de TEPT, é necessário que pelo menos um sintoma de cada fator e um item na escala de prejuízos receba um escore > do que 2. Para investigar o TEPT Complexo, há um questionário a respeito dos sintomas em desorganização interpessoal (*i.e.*, desregulação afetiva, crenças negativas sobre si, dificuldades em relacionamentos), que contém 6 questões, e mais três questões referentes a prejuízos funcionais. Para que o diagnóstico de TEPT Complexo seja realizado, é necessário que um escore > do que 2 em ao menos um item de cada fator, tanto do questionário de TEPT quanto do questionário de desorganização pessoal, seja assinalado. Além disso, é preciso que pelo menos um dos itens referentes a prejuízos funcionais receba um score > 2 (Cloitre et al., 2018).

Embora pesquisas com o ITQ já estejam sendo realizadas em diversos países (*i.e.*, Angola, Austrália, Áustria, Canada, Chile, China, Dinamarca, França, Alemanha, Hong

Kong, Irã, Reino Unido, Israel, Itália, Japão, Líbano, Holanda, Noruega, Portugal, Suécia, Suíça, Tailândia, Uganda, Ucrânia, Estados Unidos) (Karatzias et al., 2018), estudos com evidências de validade de conteúdo e de construto do ITQ foram publicados apenas nas versões em inglês (e.g., Cloitre et al., 2018; Karatzias et al., 2016; Karatzias et al., 2017), hebraico (Ben-Ezra et al., 2018; Gilbar, Hyland, Cloitre, & Dekel, 2018), alemão (Maercker, Hecker, Augsburger, & Kliem, 2018), árabe (Vallièrès et al., 2018) lituânio (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018) e luo (i.e., idioma de uma comunidade em Uganda) (Murphy, Elklit, Dokkedahl, & Shevlin, 2016). Ainda, de todos esses estudos, apenas o de Cloitre e colaboradores (2018) foi desenvolvido com a versão final do instrumento, composta por 12 itens; enquanto os demais utilizaram versões preliminares do ITQ, com um número maior de itens, em sua coleta de dados.

O instrumento apresentou boas evidências de validade. Em todos os estudos, a estrutura fatorial foi consistente com o modelo proposto pela CID-11 e ambos questionários e subescalas apresentaram bons índices de consistência interna ($\alpha = 0.63 - 0.97$). Evidências de validade convergente e divergente também foram encontradas: o questionário de TEPT foi mais associado aos sintomas do DSM-5 de reexperiência, evitação e hiperexcitabilidade; enquanto o questionário de desorganização pessoal foi mais associado com o fator de alterações negativas em cognição e humor do DSM-5, além desregulação emocional, autoestima negativa e dificuldades em relacionamentos (Karatzias et al., 2016). Além disso, o TEPT Complexo é mais frequentemente associado a maior prejuízo funcional (Ben-Ezra et al., 2018; Karatzias et al., 2017) e maior exposição a eventos traumáticos (Kazlauskas et al., 2018), especialmente traumas do tipo interpessoal (Cloitre et al., 2018) e traumas na infância (Ben-Ezra et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Karatzias et al., 2017; Kazlauskas et al., 2018; Murphy et al., 2016). Sintomas depressivos e somáticos também foram mais frequentemente associados a TEPT

Complexo (Gilbar et al., 2018; Hyland et al., 2017; Murphy et al., 2016). Por outro lado, sintomas de ansiedade já foram mais frequentemente associados tanto com TEPT (Hyland et al., 2017) quanto com TEPT Complexo (Gilbar et al., 2018; Murphy et al., 2016) em diferentes estudos.

O estudo de Cloitre e colaboradores (2018), único a utilizar a versão final de 12 itens do instrumento, com amostras clínica (n=247) e comunitária (n=1051) do Reino Unido, encontrou bons resultados em análise fatorial confirmatória conforme o modelo da CID-11 tanto na amostra comunitária. Além disso, nesse estudo, a consistência interna de todos os itens foi aceitável ($\alpha > 0,77$ na amostra clínica, $\alpha > 0,79$ na amostra comunitária) em análise feita através do alfa de Cronbach, com exceção dos dois itens de evitação ($\alpha = 0,67$) na amostra clínica. Os autores encontraram, ainda, evidências de validade de construto, já que resultados de uma ANOVA entre os grupos TEPT, TEPT Complexo e sem sintomas demonstraram que as pessoas que fechavam o diagnóstico de TEPT Complexo haviam experienciado um número significativamente maior de traumas interpessoais em comparação aos demais grupos. Os autores da escala afirmam que o próximo passo para a consolidação da escala como um instrumento padrão-ouro para a medida do TEPT conforme o modelo da CID-11 é a repetição de tais achados em outros países, principalmente aqueles que não tenham como idioma principal o inglês, que é utilizado na versão original do instrumento (Cloitre et al., 2018).

Para atingir um padrão ouro de utilidade clínica global, a classificação de um transtorno precisa ser confiável e objetiva; no entanto, no caso do TEPT, o conhecimento atual é insuficiente para atingir esse objetivo (Bisson, 2013). As diferenças entre os dois principais manuais diagnósticos podem complicar o uso e a interpretação do diagnóstico de TEPT entre clínicos, pesquisadores e aqueles responsáveis por criar políticas públicas de saúde de uma maneira importante (Wisco et al., 2016). Mais do que nunca, são

necessárias pesquisas na área para compreender as diferenças e semelhanças dos modelos propostos pelo CID e pelo DSM, a fim de que, nas próximas edições, a definição do que é TEPT por parte destes manuais seja mais próxima (Bisson, 2013). Para tanto, é importante que as discordâncias sejam compreendidas através da observação clínica, testagem de hipóteses científicas e refinamento dos modelos conceituais propostos (Weathers et al., 2014). Nesse sentido, são necessários instrumentos específicos para medir as diferenças nos critérios diagnósticos propostos (Ford & Courtois, 2014; Resick et al., 2012).

Ainda, é relevante que tais pesquisas aconteçam nos mais variados tipos de culturas, para que se possa haver uma compreensão global a respeito do fenômeno. Já existem pesquisas internacionais dos modelos de TEPT em países como Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Dinamarca, Áustria, Alemanha, Israel, Bósnia e Uganda (para uma lista de estudos, ver Brewin et al., 2017). No entanto, não foram encontrados estudos a respeito das novas estruturas fatoriais do diagnóstico no Brasil. Isso se dá, principalmente, porque, embora o modelo do DSM-5 já seja representado no contexto nacional pela versão adaptada da PCL-5 (Lima et al., 2016); o modelo da CID-11 ainda não tem uma representação com um instrumento adaptado e com evidências de validade para o português brasileiro, uma vez que esse processo ainda não foi realizado com o ITQ. A disponibilização dessa medida para a avaliação de amostras brasileiras pode ampliar as discussões acerca da adequação dos modelos diagnósticos de transtornos relacionados a trauma e estressores.

Na história da psicologia no Brasil, inúmeros instrumentos são oriundos de outros países e o risco de utilizar instrumentos sem um processo de adaptação adequado é a geração de dados incoerentes frente ao contexto aplicado (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). A adaptação de instrumentos psicológicos deve considerar a manutenção do

conteúdo e validade para a população alvo, considerando aspectos culturais, linguísticos, idiomáticos e contextuais, em um procedimento metodológico que vai além de uma mera tradução (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010; Hambleton, 2005). Portanto, o objetivo desta dissertação é realizar estudos de adaptação transcultural e de evidências de validade do ITQ no português do Brasil para que, futuramente, estudos nacionais possam contribuir para a acalorada discussão científica a respeito de qual estrutura melhor representa os sintomas associados ao TEPT em vítimas de eventos potencialmente traumáticos.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. - revisada). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed - revisada.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Armour, C. (2015). The underlying dimensionality of PTSD in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: where are we going? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28074. doi: 10.3402/ejpt.v6.28074
- Armour, C., Müllerová, J., & Elhai, J. D. (2016). A systematic literature review of PTSD's latent structure in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV to DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 44, 60–74. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.003
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*, 35(3), 264-274. doi: 10.1002/da.22723.
- Biehn, T. L., Elhai, J. D., Seligman, L. D., Tamburrino, M., Armour, C., & Forbes, D. (2013). Underlying Dimensions of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder Symptoms. *Psychological Injury and Law*, 6(4), 290–298. doi: 10.1007/s12207-013-9177-4
- Bisson, J. I. (2013). What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The

- divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(03), 205–207. doi: 10.1017/S2045796013000164
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. doi: 10.1002/jts.22059
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423–432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Brewin, C. (2013). “I Wouldn’t Start From Here”—An Alternative Perspective on PTSD From the ICD-11: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26, 557–559. doi: 10.1002/jts.21843
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD, 58(April), 1–15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V : Life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366–373. doi: 10.1002/jts.20443
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767–774. doi: 10.1002/jts.20578
- Bryant, R. A., O’Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., & Silove, D. (2011). Posttraumatic intrusive symptoms across psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 842–847. doi: /10.1016/j.jpsychires.2010.11.012

- Carmassi, C., Akiskal, H. S., Yong, S. S., Stratta, P., Calderani, E., Massimetti, E., ... Dell'Osso, L. (2013). Post-traumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and criteria comparison versus DSM-IV-TR in a non-clinical sample of earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 843–848. doi: 10.1016/j.jad.2013.07.020
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. doi: 10.1002/jts.20697
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- Cloitre, M., Shevlin, M., Cr, B., Ji, B., Np, R., & Maercker, A. (2018). The International Trauma Questionnaire : development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD, 1–11. doi: 10.1111/acps.12956
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. doi:10.1002/jts.20444
- Contractor, A. A., Durham, T. A., Brennan, J. A., Armour, C., Wutrick, H. R., Christopher Frueh, B., & Elhai, J. D. (2014). DSM-5 PTSD's symptom dimensions and relations with major depression's symptom dimensions in a primary care sample. *Psychiatry Research*, 215(1), 146–153. doi: j.psychres.2013.10.015
- Cyniak-Cieciura, M., Staniaszek, K., Popiel, A., Pragłowska, E., & Zawadzki, B. (2017).

- The structure of PTSD symptoms according to DSM-5 and IDC-11 proposal: A multi-sample analysis. *European Psychiatry*, 44, 179–186. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.491
- Dokkedah, S., Oboke, H., Ovuga, E., & Elklit, A. (2015). ICD-11 Trauma Questionnaires for PTSD and Complex PTSD: Validation among Civilians and Former Abducted Children in Northern Uganda. *Journal of Psychiatry*, 18(6). doi: 10.4172/2378-5756.1000335
- Elhai, J. D., Miller, M. E., Ford, J. D., Biehn, T. L., Palmieri, P. A., & Frueh, B. C. (2012). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and symptom structure in a nonclinical sample of college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 58–64. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.013
- Elklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24221. doi: 10.3402/ejpt.v5.24221
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48(3), 177–193. doi: 10.1080/00207594.2013.804189
- Forbes, D., Lockwood, E., Elhai, J. D., Creamer, M., Bryant, R., McFarlane, A., ... O'Donnell, M. (2015). An evaluation of the DSM-5 factor structure for posttraumatic stress disorder in survivors of traumatic injury. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 43–51. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.11.004
- Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27584.

doi: 10.3402/ejpt.v6.27584

- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(9).
- Frewen, P. A., Brown, M. F. D., Steuwe, C., & Lanius, R. A. (2015). Latent profile analysis and principal axis factoring of the DSM-5 dissociative subtype. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26406. doi: 10.3402/ejpt.v6.26406
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5 : Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548–556. doi: 10.1002/jts.21840
- Gentes, E. L., Dennis, P. A., Kimbrel, N. A., Rissling, M. B., Beckham, J. C., & Calhoun, P. S. (2014). DSM-5 posttraumatic stress disorder: Factor structure and rates of diagnosis. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 60–67. doi: /10.1016/j.jpsychires.2014.08.014
- Gilbar, O., Hyland, P., Cloitre, M., & Dekel, R. (2018). ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of anxiety disorders*, 54, 49-56. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.01.004
- Gootzeit, J., & Markon, K. (2011). Factors of PTSD: Differential specificity and external correlates. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 993–1003. doi: 10.1016/j.cpr.2011.06.005
- Hafstad, G. S., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Maercker, A., & Dyb, G. (2017). PTSD or not PTSD? Comparing the proposed ICD-11 and the DSM-5 PTSD criteria among young survivors of the 2011 Norway attacks and their parents. *Psychological Medicine*, 47(07), 1283–1291. doi: 10.1017/S0033291716002968
- Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Shevlin, M., & Elklit, A. (2015). Less is more?

- Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28766. doi: 10.3402/ejpt.v6.28766
- Haravuori, H., Kiviruusu, O., Suomalainen, L., & Marttunen, M. (2016). An evaluation of ICD-11 posttraumatic stress disorder criteria in two samples of adolescents and young adults exposed to mass shootings: factor analysis and comparisons to ICD-10 and DSM-IV. *BMC Psychiatry*, 16(1), 140. doi: 10.1186/s12888-016-0849-y
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 1–9. doi: 10.1037/tra0000114
- Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M., & Elklit, A. (2016). Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used? *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 48–53. doi: /10.1016/j.janxdis.2015.11.002
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... Shevlin, M. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK , USA , Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7). doi: 10.1080/20008198.2017.1418103
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.009

- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.032
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. doi: /10.1080/20008198.2017.1414559
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology, and Treatment Outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2(1), 161–197. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095305
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90–96. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.90
- La Greca, A. M., Danzi, B. A., & Chan, S. F. (2017). DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to a natural disaster: assessing validity and co-occurring symptomatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1310591. doi: 10.1080/20008198.2017.1310591
- Lima, E. de P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. do,

- Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(4), 207–215. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0074
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., ... Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 345–351. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.03.008
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198–206.
- McNally, R. J. (2003). Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 229–252. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145112
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B. P., Holowka, D. W., ... Friedman, M. J. (2013). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 501–512. doi: 10.1037/a0029730
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 32678.
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., ... Forbes, D. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *The British Journal of*

- Psychiatry*, 205(3), 230–235. doi: 10.1192/bjp.bp.113.135285
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3–16. doi: 10.1002/jts.2490100103
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317–328. doi:/10.1007/s00406-015-0639-4
- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10(2), 118–131. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251. doi: 10.1002/jts.21699
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555. doi: 10.1002/jts.2490100403
- Schell, T. L., Marshall, G. N., & Jaycox, L. H. (2004). All Symptoms Are Not Created Equal: The Prominent Role of Hyperarousal in the Natural Course of Posttraumatic Psychological Distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 189–197. doi: 10.1037/0021-843X.113.2.189

- Schnyder, U., Müller, J., Morina, N., Schick, M., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2015). A Comparison of DSM-5 and DSM-IV Diagnostic Criteria for Posttraumatic Stress Disorder in Traumatized Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 28(4), 267–274. doi: 10.1002/jts.22023
- Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Fyvie, C., Roberts, N., Bisson, J. I., ... Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 419–428. doi: 10.1111/acps.12695
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbellling, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 637–647. doi: 10.1037/0021-843X.111.4.637
- Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 233–241. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.09.006
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... Kessler, R. C. (2013). Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302–312. doi: /10.1016/j.biopsych.2012.08.022
- Stein, D. J., Seedat, S., Iversen, A., & Wessely, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *The Lancet*, 369(9556), 139–144. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60075-0
- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Silove, D. (2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry*, 15(1), 111. doi: /10.1186/s12888-015-0480-3

- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Silove, D. (2016). Factorial structure of complicated grief: associations with loss-related traumatic events and psychosocial impacts of mass conflict amongst West Papuan refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 395–406. doi: 10.1007/s00127-015-1099-x
- Vallièrès, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., ... & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/acps.12973
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. doi: 10.1002/jts.20047
- Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria, New Measures, and Implications for Assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. doi: 10.1007/s12207-014-9191-1
- Wisco, B. E., Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., ... Friedman, M. J. (2016). The impact of proposed changes to ICD-11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity. *Psychiatry Research*, 240, 226–233. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.043
- World Health Organization (1993) *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10 ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

- World Health Organization (WHO). (2018) International Classification of Diseases. 11th ed. Available from: <https://icd.who.int/>. Accessed in 2018 (Aug 10).
- Yufik, T., & Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 764–776. doi: 10.1037/a0020981

Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for the Brazilian context

Abstract

Introduction: The most recent editions of diagnostic manuals have proposed important modifications in Posttraumatic Stress Disorder criteria (PTSD). The International Trauma Questionnaire (ITQ) is the gold standard measure to assess PTSD and Complex PTSD according to the model of 11th International Classification of Diseases (ICD-11). This study aims to adapt ITQ for the Brazilian context. The translation and cross-cultural adaptation of the ITQ into Brazilian Portuguese were performed in trauma research facilities in Porto Alegre, Rio de Janeiro and Belo Horizonte, Brazil, in a cross-sectional study. **Method:** The adaptation followed five steps: (1) translation; (2) committee synthesis; (3) expert's evaluation through the Content Validity Index (CVI) and interrater agreement through kappa statistics; (4) comprehension test with clinical and community samples ($n = 35$); and (5) final back-translation and authors' evaluation. **Results:** Two independent translations were conducted. While working on a synthesis of these translations, the committee proposed changes in six items to adapt idiomatic expressions or to achieve a more accurate technical fit. Both the expert judges' evaluation ($CVI > 0,7$; $k > 0.55$) and the pretest in the target population (mean comprehension > 3) indicated that the adapted items were adequate and comprehensible. The final back-translation was approved by the authors of the original instrument. **Conclusion:** ITQ in its Brazilian Portuguese version have achieved satisfactory content validity, providing a tool for Brazilian research based on PTSD models of the ICD-11.

Introduction

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) has a high prevalence worldwide (Kessler et al., 2005), and it is frequently diagnosed by mental health professionals (Evans et al., 2013; Reed, Correia, Esparza, Saxena, & Maj, 2011). However, controversies surround this diagnosis. The high number of symptoms, some of them present in other mental disorders (*e.g.*, detachment from others, sleep disturbance, concentration problems, reckless behavior), leads to high rates of comorbidities (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, Galea, 2009; Galatzer-Levy & Bryant, 2013; Stein, Seedat, Iversen, & Wessely, 2007). Furthermore, there are studies investigating a different type of PTSD than the one described in diagnostic manuals. When repeated trauma exposure is associated with symptoms such as emotional dysregulation, dissociation and negative self-concept, the reaction is often described as Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified or Complex PTSD (Herman, 1992; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). In trauma literature, PTSD criteria is often discussed, particularly which general symptoms of psychological distress should be understood as frequent comorbidities and not as part of the disorder; and which responses are directly related to a trauma and therefore should be added to the diagnosis (Armour, 2015; van der Kolk et al., 2005; Yufik & Simms, 2010).

The most recent version of the International Classification of Diseases (ICD-11) sought to encompass current scientific knowledge and proposed a new model for PTSD, in which the basic and complex forms of PTSD were distinguished and many symptoms, considered to be of general distress, were eliminated. PTSD is described as a reaction to trauma including (1) re-experience of the traumatic event (*i.e.*, vivid intrusive memories, flashbacks or nightmares accompanied by overwhelming emotions); (2) avoidance of thoughts, memories, situations, people or activities reminiscent of the event; and (3) a

state of perceived current threat in the form of hypervigilance or enhanced startle reactions to stimuli such as unexpected noises. Complex PTSD, described as a disorder that typically arises after an extreme or prolonged stressor from which escape is difficult or impossible (*e.g.*, childhood sexual abuse, torture, prolonged domestic violence), would be a sum of PTSD and more persistent symptoms of Disturbances in Self-Organization (DSO) in three clusters: (1) affective dysregulation (*e.g.*, self-destructive behavior, emotional anesthesia, dissociative states); (2) persistent beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless accompanied by feelings of shame, guilt or failure and (3) persistent difficulties in maintaining relationships and feeling close to others. Both diagnoses require that symptoms cause significant impairment in important areas of functioning, such as social, educational or occupational (Maercker et al., 2013; WHO, 2018).

Another important diagnostic guide, the 5th edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), provides a broader approach in defining this phenomenon. Instead of separating posttraumatic reactions into two conditions and reducing the overall number of symptoms (as in ICD-11), this approach did not eliminate any previous criteria and added symptoms often associated with repeated exposure to trauma in a unique diagnosis, through a new cluster of negative alterations in cognition and mood (*e.g.*, overly negative thoughts and assumptions about oneself or the world, difficulty experiencing positive affect) and a new dissociative subtype (APA, 2013).

Differences in the definition of posttraumatic symptoms may impact the work of clinicians and researchers in an important way. Current diagnostic differences should be investigated through empirical work aiming to evaluate the validity of both models in different cultures and populations, in order to achieve a global comprehension of posttraumatic reactions and to approximate future editions of diagnostic manuals (Bisson,

2013; Wisco et al., 2016). Thus, it is necessary that instruments representing these new models are available in as many languages as possible. In Brazil, there are adapted measures for the PTSD model of the DSM-5 (Lima et al., 2016); but not yet for the model of the ICD-11.

The International Trauma Questionnaire (ITQ) is the gold-standard measure to evaluate ICD-11 model of PTSD and Complex PTSD. ITQ is a 12-item questionnaire, with evidences of factorial, discriminant and concurrent validity in its original version (Cloitre et al., 2018). The instrument has already been used to investigate the ICD-11 model of PTSD and Complex PTSD in different countries such as Australia (Forbes et al., 2015), Germany, Lithuania, United States, United Kingdom (Karatzias et al., 2017), West Papua (Tay, Rees, Chen, Kareth, & Silove, 2015), Lebanon (Vallieres et al., 2018) and Uganda (Murphy, Elklit, Dokkedahl, & Shevlin, 2016). To our knowledge, similar studies have not yet been conducted in Latin America. It is especially relevant to have measures investigating posttraumatic reactions in Brazil, once the country presents high indices of exposure to traumatic events such as urban violence and traffic accidents (Lima et al., 2017; WHO, 2015). Many instruments used in Brazilian settings have been originally designed in other languages. The adaptation of instruments is an important step to guarantee the quality of those measures, as it aims to maintain content validity (*i.e.*, how much a measure represents the construct) while still addressing important cultural and linguistic aspects relevant to the target population (Borsa, Damásio, Bandeira, 2002; Hambleton, Merenda, Spielberger, 2005). The aim of this study was to translate and culturally adapt the ITQ into Brazilian Portuguese, which will enable an adequate investigation of the PTSD and Complex PTSD models of the ICD-11 in Brazil.

Method

ITQ is a gold standard measure (with free access) to investigate PTSD and Complex PTSD as defined by the ICD-11. In this study, the ITQ in its final 12-item version, that was recently finalized after extensive empirical work, was used (Cloitre et al., 2018). The instrument comprises two diagnostic questionnaires, one for PTSD and another for DSO. Both questionnaires are measured in a 5-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely) with 6 items divided in 3 clusters (for PTSD, re-experience, avoidance and state of perceived current threat; for DSO, affective dysregulation, negative self-concept and disturbances in relationships); plus 3 items to identify functional impairment. For PTSD diagnosis, it is necessary to score at least 1 symptom in each cluster > 2 (in the Likert scale) with a functional impairment score also > 2 in at least one item, in PTSD questionnaire. For Complex PTSD, it is necessary to score at least 1 symptom > 2 in each cluster in both PTSD and DSO questionnaires, also with a functional impairment score > 2 in at least one item in both questionnaires.

The cross-cultural adaptation was based on guidelines of the International Test Commission (Hambleton et al., 2005), specialized literature (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Borsa et al., 2002; Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Kottner et al., 2011) and previous studies adaptation of posttraumatic measures (Lima et al., 2016; Lobo et al., 2014; Silva, Donat, Gauer & Kristensen, 2016). It followed six steps: (1) translation; (2) committee synthesis; (3) expert judges' evaluation through the Content Validity Index (CVI) and interrater agreement through kappa coefficient; (4) comprehension test with clinical and community samples ($n = 35$); (5) final back-translation and authors' evaluation.

- 1) *Translation* - The original version of ITQ was translated into Brazilian Portuguese by two bilingual Brazilian psychologists (both with MSc degrees) with

expertise in trauma-related disorders. Independently, each translator created one version of the instrument.

2) *Committee synthesis* - A committee of academics compared both translated versions with the original one to certify that all items expressed the same ideas, in order to achieve semantic, idiomatic and conceptual equivalences. The committee was composed by undergraduate, master and PhD students. Items were chosen from either one of the translated versions and, whenever necessary, changed and refined by the committee. This step generated a unified version of ITQ in Brazilian Portuguese.

3) *Expert judges' evaluation* - The unified version was evaluated through Content Validity Index (CVI), which is a degree used to quantify the adequacy of items to a certain context. Quality of items should be judge by a group of experts in the construct that the instrument is supposed to measure. CVI indicates the scale's clarity, coherence and semantic correspondence to the original version. In our study, CVI responses were given independently by three judges from different Brazilian districts, in order to minimize the impact of regional speech patterns: one psychologist (MSc) expert in trauma-related disorders from Porto Alegre, one psychiatrist (PhD) expert in trauma-related disorders from Rio de Janeiro, and one psychologist (PhD) expert in cross-cultural adaptation of instruments from Belo Horizonte. Judges had than to evaluate each item's relevance through a 5-point Likert scale, ranging from 0 ("not at all") to 4 ("totally") in three dimensions: (1) language clarity, which measures how comprehensible the items are; (2) practical relevance, which measures how adequate each item is to the target population; (3) theoretical relevance, which measures how much the item agrees with the construct theory. After that, CVI scores were calculated according to its specific formula, based on the division of the mean values given by the experts (to more details, see Cassepp-Borges et al., 2010). Items with CVI lower than

0.7 would be rephrased and resubmitted to the three judges until a satisfactory value was reached. Also, judges were asked to indicate to which questionnaire (*i.e.*, PTSD or DSO) each item belonged. Agreement between judges would be accessed through Cohen's weighted kappa, that, according to guidelines (Landis & Koch, 1977), should achieve scores $> .41$ to indicate moderate agreement, $> .61$ substantial agreement and $> .81$ to almost perfect agreement.

4) *Comprehension test* - Thirty-five individuals from three Brazilian capitals (Belo Horizonte, Rio de Janeiro and Porto Alegre) were independently asked about the ease of comprehension of all items of the pre-final version in a 5-point Likert scale ranging from 1 ("I didn't understand anything") to 5 ("I completely understood"). The indicators of understanding were the scores of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) for each item. Sample size and satisfactory understanding (mean score > 3) were defined based on previous studies (Lima et al., 2016; Lobo et al., 2014; Silva, Donat, Gauer & Kristensen, 2016). A convenience sample was recruited from research facilities of all three cities. Almost half of the sample (45.7%; $n = 16$) was composed by trauma victims seeking for treatment at psychological or psychiatric centers at the universities that collaborate with this study; and the remaining sample was composed by individuals from general population (54.3%; $n = 19$), most of them friends and family of the clinical population that participate on the study. The goal was to recruit a sample of participants with different socio-demographic characteristics and backgrounds to increase the validity of the instrument. The sample was heterogeneous in terms of gender distribution (37.1% men [$n = 13$]; 62.9% women [$n = 22$]); educational level (17.1% with primary education [$n = 6$]; 31.4% with secondary education [$n = 11$]; and 51.5% with higher education [$n = 18$]); and state of residence (28.6% in Rio Grande do Sul [$n=10$]; 31.4% in Minas Gerais [$n = 11$]; and 40% in Rio de Janeiro [$n = 14$]).

5) *Backtranslation* - At last, the final Brazilian Portuguese version was back-translated by a bilingual translator, with a major in Languages, with no expertise in mental health and blinded to the original instrument. The backtranslation result was sent to the authors of the original study for its final approval.

This study was approved by the Ethics Committee of the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (approval number 2.558.869, March 2018). All participants were informed about the objectives, voluntary and confidential aspects of the research and signed an informed consent form before filling out the scales. This study was performed between March and August 2018.

Results

While performing the synthesis of the two translated versions, the committee has proposed minor changes over the use of idiomatic expressions or aiming a more accurate technical fit in four items of the PTSD questionnaire (items 2, 3, 4 and 5) and in two items of the DSO questionnaire (items 1 and 5).

1) In item 2 of the PTSD questionnaire, the term “intensas” (=intense) was chosen over “poderosas” (the literal translation of “powerful” that was chosen by both translators) to describe trauma memories, because the term “poderosas” has a positive connotation in Brazilian Portuguese.

2) The best translation for the word “reminders”, present in items 3 and 4 of the PTSD questionnaire, was extensively discussed. Both translators suggested terms that could be related to memories (“lembranças” and “lembretes”), to be considered by the committee as inadequate because of item 4, that refers to external reminders of the trauma. The term “pistas” (= triggers or cues) was chosen.

- 3) Item 5 of the PTSD questionnaire contained the term “super-alert” to describe hyperarousal symptoms. Both translators chose the literal term “super-alertas”, but the committee decided that “hiper-alertas” (=hyper-alert) would be a better technical fit for this expression in Brazilian Portuguese.
- 4) In item 1 of the DSO questionnaire, the term “upset” was translated as “triste” (= sad) or “abalado” (= shaken), neither to be considered appropriate by the committee, who defined the word “chateado” (one possible translation of “upset”) as more adequate.
- 5) In item 2 of the DSO questionnaire, the expression “cut off” was translated as “afastado” (=away) or “isolado” (=isolated), but was rewritten as “desconectado” (=detached) by the committee.

The unified version created after the committee synthesis was evaluated by three judges from different Brazilian districts through CVI. Results of the expert judge evaluation showed that all items were considered adequate (> 0.7), as can be seen on tables 1 and 2. One change was made in response to the experts’ comments and suggestions, in order to achieve a more appropriate expression. In item 1 from the DSO questionnaire the term “demoro bastante tempo” replaced “levo bastante tempo” to translate “takes me a long time”. Cohen’s weighted kappa coefficient indicated 77.8% of overall agreement between judges, with PTSD items results of $k = 0.56$ [CI 95%, 0.18 – 0.93] and DSO items with $k = 0.55$ [CI 95%, 0.22, 0.88], indicating moderate agreement. Regarding the results of the comprehension test with target population, all items considered understandable (> 3) in the first round of evaluations, as can be seen on tables 1 and 2. The backtranslation result was compared with the original version and approved by the authors of the original study.

Discussion

This study reports the cross-cultural adaptation of ITQ for the Brazilian context. Psychometric literature indicates that the adaptation process is important because it provides more than just a literal translation; however, there is no technical agreement on how to conduct this process in a reliable and objective manner (Borsa et al., 2002; Hambleton et al., 2005). The steps of the present study are an attempt to cover methodological guidelines and linguistic specificities regarding both quantitative and qualitative criteria. Items 3 and 4 of the PTSD questionnaire, which contain the terms *internal* and *external reminders of trauma*, were extensively discussed and may be considered an example of the importance of cultural adaptation. There is no literal translation for those expressions, and suggestions made by the committee were tested with different populations before its final approval, in order to guarantee that items kept the same meaning of the original version and were fully understandable.

The overall results have shown evidences of content validity of ITQ in its Brazilian version as the original construct was preserved after conceptual, idiomatic, cultural and semantic issues were carefully handled by researchers and later approved by independent expert judges, clinical and community samples and by the authors of the original scale. Kappa statistics, although not perfect, were considered satisfactory considering that the proposal of ICD-11 for posttraumatic reactions is novel in the field, especially the one for Complex PTSD.

Most studies with ITQ have been performed with its original version or without any report of cross-cultural adaptation steps. Only in the study that reports data of the Arabic version of ITQ interviews about content validity were performed with therapists (Vallieres et al., 2018). Although satisfactory qualitative evidences were found, authors suggested that ITQ would be best administrated with the assistance of a trained

professional in ill-to-low literate individuals. Our results do not indicate that assistance would be needed when using ITQ in the Brazilian context, as clinical and general populations did not present difficulties in comprehending items of both questionnaires - even when scores of the participants with lower education were evaluated separately. ITQ aims to be a brief self-report screening instrument for PTSD and Complex PTSD – and our results indicate that this goal was achieved by the Brazilian version of the instrument.

Important limitations should be addressed. Although there was an attempt to minimize the influence of regional speech patterns by performing the study in three different cities, it is not possible to represent the entire Brazilian population with this sample. Also, further validation of ITQ is needed (especially construct validity) in studies with larger samples in order to establish whether the items replicate the model of the ICD-11 properly. More robust psychometric studies are currently being conducted to achieve such goals.

These findings enable initial researches of the ICD-11 model for PTSD and Complex PTSD in Brazil. Future studies should focus on advance knowledge regarding the nature, predictors, course and outcomes of these disorders in the Brazilian population – what would eventually contribute to the discussion of these diagnosis in a global manner.

Table 1. Expert judges' evaluation, pretest in the target population and backtranslation of the PTSD questionnaire

	Original version	Brazilian version	CVI- LC	CVI-PR	CVI-TR	Population evaluation (mean[DP])	Backtranslation
1	Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	0.82	0.96	0.96	4.26 [1.20]	Having unpleasant dreams that reproduce part of the experience or are clearly related to it?
2	Having powerful images or memories that sometimes come into your mind in which you feel the experience is happening again in the here and now?	Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	0.96	0.96	0.96	4.38 [1.02]	Having intense images or memories that sometimes come to your mind, making you feel that the experience is happening again, here and now?
3	Avoiding internal reminders of the experience (for example, thoughts, feelings, or physical sensations)?	Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0.76	0.96	0.96	3.71 [1.43]	Avoiding internal cues of the experience (for instance, thoughts, feelings or physical sensations)?
4	Avoiding external reminders of the experience (for example, people, places, conversations, objects, activities, or situations)?	Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0.96	0.96	0.96	4.29 [1.27]	Avoiding external cues of the experience (for instance, people, places, conversations, objects, activities or situations)?
5	Being "super-alert", watchful, or on guard?	Estar "hiper-alerta", vigilante ou em guarda?	0.89	0.96	0.96	4.74 [0.56]	Being hyper alert, vigilant or on guard?
6	Feeling jumpy or easily startled?	Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente assustado(a)?	0.82	0.89	0.89	4.54 [0.89]	Feeling startled or easily scared?

Note. CVI – LC = Content Validity Index – Language Clarity; CVI – PR = Content Validity Index – Practical Relevance; CVI – TR = Content Validity Index Theoretical Relevance; PTSD = Posttraumatic Stress Disorder

Table 2. Expert judges' evaluation, pretest in the target population and backtranslation of the DSO questionnaire

	Original version	Brazilian version	CVI- LC	CVI- PR	CVI-TR	Population evaluation (mean[DP])	Backtranslation
1	When I am upset, it takes me a long time to calm down	Quando estou chateado(a), demoro bastante tempo para me acalmar	0.89	0.96	0.96	4.86 [0.35]	When I'm upset, it takes quite a long time to calm me down again
2	I feel numb or emotionally shut down	Eu me sinto anestesiado(a) ou emocionalmente desligado(a)	0.76	0.96	0.96	4.57 [0.85]	I feel insensitive and emotionally disconnected
3	I feel like a failure	Eu me sinto um fracasso	0.96	0.89	0.96	4.83 [0.38]	I feel like a failure
4	I feel worthless	Eu me sinto sem valor	0.96	0.96	0.96	4.74 [0.74]	I feel worthless
5	I feel distant or cut off from people	Eu me sinto distante ou desconectado(a) de outras pessoas	0.96	0.96	0.96	4.74 [0.74]	I feel distant or disconnected from other people
6	I find it hard to stay emotionally close to people	Acho difícil ficar emocionalmente próximo(a) de outras pessoas	0.89	0.96	0.96	4.71 [0.62]	It's difficult for me to be emotionally attached to other people

Note. CVI – LC = Content Validity Index – Language Clarity; CVI – PR = Content Validity Index – Practical Relevance; CVI – TR = Content Validity Index Theoretical Relevance; DSO = Disturbances in Self Organization.

References

- American Psychiatry Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. 2013. Washington, DC: American Psychiatry Association.
- Armour, C. (2015). The underlying dimensionality of PTSD in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: where are we going? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1):28074. doi: 10.3402/ejpt.v6.28074.
- Borsa, J.C., Damásio B.F., & Bandeira D.R. (2002). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53):423-32. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014.
- Beaton, D.E., Bombardier C., Guillemin F., & Ferraz M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Bisson, J.I. (2013). What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Science*; 22(3), 205–207. doi: 10.1017/S2045796013000164.
- Brewin, C.R., Lanius, R.A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V : Life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5):366-73. doi: 10.1002/jts.20443.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M.A., & Teodoro, M.L. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: L Pasquali (Org.). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-20). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-

- report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6):536-546. doi: 10.1111/acps.12956.
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., ... & Saxena, S (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48(3):177-93. doi: 10.1080/00207594.2013.804189.
- Forbes, D., Lockwood, E., Creamer, M., Bryant, R. A., McFarlane, A. C., Silove, D., ... & O'donnell, M. (2015). Latent structure of the proposed ICD-11 post-traumatic stress disorder symptoms: Implications for the diagnostic algorithm. *The British Journal of Psychiatry*;206(3):245-51. doi: 10.1192/bjp.bp.114.150078.
- Galatzer-Levy, I.R., & Bryant, R.A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6):651-62. doi: 10.1177/1745691613504115.
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F., & Spielberger, C. (2005). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Herman, J.L. (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3):377-91. doi: 10.1002/jts.2490050305.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-N
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... & Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and

- measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Sup7):1418103. doi: 10.1080/20008198.2017.1418103.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.7.768.
- Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., ... & Streiner, D. L. (2011). Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64:96-106. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.03.002.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 363-374.
- Lima, R.S., Bueno, S., Proglhof, P.N., Hanashiro, E., Martins, C., Marques, D., ... & Viegas, R. (2017). 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Available from: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/11o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>. Accessed in 2018 (Dec 27).
- Lima, E. D. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. D., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends Psychiatry and Psychotherapy*. 38(4):207-15. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0074.
- Lobo, B. D. O. M., Brunnet, A. E., Silva, T. L. G. D., Santos, L. M. D., Gauer, G., Arteche, A. X., & Kristensen, C. H. (2014). Translation and adaptation of the Child

- Posttraumatic Cognitions Inventory (cPTCI) to Brazilian Portuguese. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 36(2):107-12. doi: 10.1590/2237-6089-2014-1002.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... & Somasundaram, D. J. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198–206. doi: 10.1002/wps.20057.
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1):32678. doi: 10.3402/ejpt.v7.32678.
- Reed, G.M., Correia, J.M., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10(2):118-31. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x.
- Silva, T.L.G., Donat, J.C., Gauer, G., & Kristensen, C.H. (2016). Posttraumatic growth measures: translation and adaptation of three self-report instruments to Brazilian Portuguese. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(3):47-50. doi: 10.1590/0101-608300000000083.
- Stein, D.J., Seedat, S., Iversen, A., & Wessely, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *Lancet*, 369(9556): 139-144. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60075-0
- Tay, A.K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Silove, D. (2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry*, 15(1):15:111. doi: 10.1186/s12888-015-0480-3.

- Vallièrès, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., ... & Hyland, P. ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-11. doi: 10.1111/acps.12973
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5):389-99. doi 10.1002/jts.20047.
- Wisco, B. E., Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., ... & Friedman, M. J. (2016). The impact of proposed changes to ICD-11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity. *Psychiatry Research*, 240:226-33. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.04.
- World Health Organization (WHO). (2018). International Classification of Diseases. 11th ed. Available from: <https://icd.who.int/>. Accessed in 2018 (Aug 10).
- World Health Organization (WHO). (2015). The Global status report on road safety 2015. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/. Accessed in 2018 (Dec 27).
- Yufik, T., & Simms, L.J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4):764. doi: 10.1037/a0020981.

Psychometric assessment of the International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese version: evidence of construct validity

Objective: The purpose of this study was to evaluate the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of International Trauma Questionnaire (ITQ-Br), a self-report diagnostic measure of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD), as defined by the 11th version of the International Classification of Diseases (ICD-11). **Method:** 245 participants answered an online survey with ITQ-Br and other measures of posttraumatic symptoms, depression, emotional dysregulation, dissociation and childhood maltreatment. Validity was assessed with confirmatory factor analysis (CFA), internal reliability, correlations between related constructs, and diagnostic groups comparisons. **Results:** CFA analysis indicated that ICD-11 models offered optimal fit to data. Internal reliability was satisfactory ($\alpha > .70$) in all factors except one (Affective Dysregulation, $\alpha = .59$). Correlations patterns between measures indicated convergent and discriminant validity of ITQ in its Brazilian Portuguese version. CPTSD prevalence rates were higher than PTSD; and exposure to traumatic events was significantly higher in the path of diagnosis complexity. **Discussion:** This study demonstrated good evidences of construct validity of the Brazilian Portuguese version of ITQ.

Introduction

The most recent version of the International Classification of Diseases (ICD-11) was published by the World Health Organization (WHO) in 2018 (WHO, 2018). One major goal of the manual was to improve clinical utility, and guidelines recommended that disorders included only a limited number of core symptoms in its definitions (Reed, Correia, Esparza, Saxena, & Maj, 2011). To achieve such goal, revisions were made on traumatic stress disorders. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) now comprises only six symptoms divided in three clusters: reexperience in the here and now, avoidance of traumatic reminders and sense of current threat. A sibling disorder, Complex PTSD (CPTSD) was also included. CPTSD is a sum of PTSD symptoms plus three additional clusters that reflect “Disturbances in Self Organization” (DSO): affective dysregulation, negative self-concept and disturbances in relationships (WHO, 2018).

As the nature of ICD-11 taxonomic structure does not support subtyping, PTSD and CPTSD are understood as two different disorders. Given its symptom composition, PTSD is a fear-based disorder with more restrictive criteria (Hyland, Shevlin, Cloitre, & Downes, 2017). Many symptoms that frequently overlapped with anxiety disorders and depression (*e.g.*, sleep disturbance, diminished interest in activities, concentration problems, irritability) were eliminated from the diagnosis in an attempt to reduce its high rates of comorbidities. These symptoms were also eliminated because they appear to be more strongly related to general reactions to adversity rather than specific reactions to trauma, as they are also common after events that are distressing (but not traumatic, as do not involve sexual violence or life threatening experiences), such as a divorce or unemployment (Armour, Müllerová, & Elhai, 2016; Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, & Galea, 2009). Also, PTSD symptoms that made the cut in this model were chosen based on a narrow approach. For example, reexperience symptoms must be observed through

dissociative flashbacks and/or nightmares, and broader presentations such as emotional distress or physical reactivity after exposure to traumatic reminders of the event do not characterize the reexperience cluster according to the ICD-11 model.

CPTSD aims to describe a wider reaction to trauma that impacts emotion regulation, identity and interpersonal domains (Hyland et al., 2017). CPTSD addresses scientific evidences of reactions that can result from multiple, chronic or repeated trauma from which escape is difficult or maybe even impossible (*e.g.*, childhood abuse, domestic violence, torture, slavery). The ICD-11 model of CPTSD is empirically derived from the long-time debated diagnosis of Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS), which even with its good results in field trials (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005), has never been properly described by a manual before. DESNOS symptoms include problems with regulation of affect and symptoms, memory and attention, self-perception, interpersonal relations, somatization and system of meanings (van der Kolk et al., 2005). The selection of ICD-11' DSO symptoms (*i.e.*, affective dysregulation, negative self-concept and disturbances in relationships) was based on the most frequently endorsed symptoms by patients on field trials and experts' opinions (Cloitre et al., 2011; Roth et al., 1997; van der Kolk et al., 2005).

Review of empirical studies investigating ICD-11 proposals by Brewin and colleagues (2017) showed that there is evidence of qualitative distinction between PTSD and CPTSD symptomatology in different types of trauma samples; and that both the three-factor structure of PTSD and the second-order structure proposed for CPTSD (*i.e.*, PTSD plus DSO symptoms) are supported by several studies. However, a limitation of this review is that 10 out of 12 studies used measures that were not specifically designed to capture the content of ICD-11 proposals. These measures actually reflected the content

of another model of PTSD, the one proposed by the fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual for Mental Health Disorders (DSM-5; APA, 2013). This is an important limitation because the DSM-5 model is substantially different from the ICD-11 model, as it has expanded the diagnosis to include symptoms of affect dysregulation, dissociation and negative self-concept under a unique diagnosis, through the new cluster of negative alterations in cognitions and mood and the new dissociative subtype. Therefore, neither PTSD or CPTSD of ICD-11 model actually reflect the subset of DSM-5 symptoms. Although for some time this type of limitation was inevitable, because a measure reflecting the ICD-11 model did not exist, this is not true anymore as the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018) has been developed to specifically capture the ICD-11 symptoms of PTSD and CPTSD.

ITQ final version was just recently published; and items of the measure were evaluated through extensive empirical work (Cloitre et al., 2018; Shevlin & Hyland, 2018). Although researches of psychometric properties of ITQ are currently being developed in 29 countries across 6 continents (Karatzias et al., 2018), so far, studies testing content and construct validity of the instrument have only been published regarding the original English version (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016, 2017) and the Hebrew (Ben-Ezra et al., 2018; Gilbar, Hyland, Cloitre, & Dekel, 2018), German (Maercker, Hecker, Augsburger, & Kliem, 2018), Arabic (Vallièrès et al., 2018), Lithuanian (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018) and Luo (i.e., a community language of Uganda) (Murphy, Elklit, Dokkedahl, & Shevlin, 2016) versions. Of all those studies, only Cloitre et al. (2018) utilized the final 12-item version of ITQ, while the remaining studies were developed with preliminary versions of the instrument.

So far, ITQ has achieved satisfactory evidences of validity. In all studies, factorial structure was consistent with the proposed model of ICD-11 and both questionnaires and subscales presented acceptable internal reliability (lower $\alpha = 0.63$, higher $\alpha = 0.97$). Prevalence rates ranged from 10.9% to 37.1% for PTSD and 16.8% to 61.1% for CPTSD in studies with clinical samples (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016; Kazlauskas et al., 2018; Vallieres et al., 2018); and from 1.5% to 9.6% for PTSD and 5% to 12.9% for CPTSD in studies with non-clinical samples (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2018; Maercker et al., 2018).

Evidences of convergent and discriminant validity were also found: the PTSD questionnaire was more associated with DSM-5 symptoms of intrusion, avoidance and hyperarousal (Karatzias et al., 2016); while the DSO questionnaire was more associated with the DSM-5 cluster of negative alterations in cognition and humor, plus symptoms of emotional dysregulation, negative self-esteem and problems in relationships (Karatzias et al., 2016). Also, CPTSD has been associated with higher functional impairment (Ben-Ezra et al., 2018; Karatzias et al., 2017) and more frequent trauma exposure (Kazlauskas et al., 2018), specially interpersonal trauma (Cloitre et al., 2018) and childhood maltreatment (Ben-Ezra et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Karatzias et al., 2017; Kazlauskas et al., 2018; Murphy et al., 2016). Symptoms of depression and somatization were more strongly associated with CPTSD (Gilbar et al., 2018; Hyland et al., 2017; Murphy et al., 2016), while symptoms of anxiety have been reported as more associated with both PTSD (Hyland et al., 2017) and CPTSD (Gilbar et al., 2018; Murphy et al., 2016) by different studies.

Evaluating posttraumatic symptoms is relevant in Brazil because trauma exposure, especially urban violence, is common in the country. Brazilian rates of homicides indicate 27.6 murders per 100 000 inhabitants, a rate seven times higher than

the worldwide average of 3.6 (OECD, 2016). Data disclosed by Brazilian government showed that, in 2016, at least one car was stolen by minute (total of 1 066 674); almost 50 000 people were rapped; and 4 601 women were killed in femicides in Brazil (Lima et al., 2017). It is expected that real number of the latter two types of violence are even higher, as they are frequently underreported to authorities. Also, Brazilian traffic was considered between top 5 most violent traffics in the world (WHO, 2015). As another important goal of ICD-11 is to impact global public health (Reed et al., 2011), it is important that constructs are investigated in as many languages and cultures as possible – especially the ones in which the investigation is common and necessary, as it appears to be the case for posttraumatic symptoms in Brazil. In order to assess PTSD and CPTSD in the Brazilian population and also to allow future studies evaluating ICD-11 model in this context, the adaptation and validation of ITQ into Brazilian Portuguese is highly relevant.

The main goal of this study is to assess construct validity of the Brazilian version of ITQ (ITQ-Br). We sought to (1) determine whether the model of ICD-11 for PTSD and CPTSD could be replicated amongst a Brazilian sample of trauma victims (factorial validity) and to (2) assess internal reliability of the instrument. The third aim of this study was to (3) provide convergent and divergent validity of PTSD and CPTSD constructs. To do that, diagnostic groups were compared in terms of their levels of trauma exposure, in which it was hypothesized that higher exposure to trauma would increase diagnosis complexity in the path no diagnosis < PTSD < CPTSD; and also that the CPTSD group would have significantly more exposure to traumatic events, specially childhood maltreatment and interpersonal trauma than PTSD group or non-symptomatic group. At last, correlations of ITQ-Br and scales measuring posttraumatic symptoms of DSM-5 model and symptoms theoretically related to the DESNOS construct (*i.e.*, emotional

dysregulation, dissociation, child maltreatment and depression) were performed. It was expected that the PTSD questionnaire would correlate more strongly with posttraumatic symptoms of intrusions, avoidance and hyperarousal; while the DSO questionnaire was expected to correlate more strongly with posttraumatic symptoms of negative alterations in cognitions and mood and all measures theoretically related to DESENOS construct. To achieve all these goals, a study in two phases was performed.

Method

Procedures and Participants

This study was approved by the Ethics Committee of the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brazil. Participants were recruited via social media ads inviting adults (aged 18 or older) who have been exposed to traumatic events to answer an online survey. All participants signed an informed consent form before data collection. Exclusion criteria included the presence of psychotic disorder or neurological disorders that could interfere in instruments' comprehension. No inducements or incentives were offered for participation. Data was collected between June and December 2018.

281 participants answered the online survey. There was no missing data. 36 participants were excluded from the analysis: 8 participants were not exposed to traumatic events; 12 did experience trauma, but answered PTSD scales based on a stressor (but not traumatic) event, such as divorce or disagreements between family members; and 16 participants were excluded from the sample because described "death" as the most distressing event, which could not be a traumatic event depending on the circumstances. For example, according to ICD-11 model of trauma related disorders, a death from natural causes is considered a stressor event, but not a traumatic one; and symptoms may be better explained by disorders other than PTSD or CPTSD, such as prolonged grief disorder

(Maercker et al., 2013). No participants indicated the presence of psychotic disorder or neurological disorders that could interfere in instruments' comprehension, and therefore those exclusion criteria were not applied.

Final sample had a total of 245 participants. Participants ranged in age from 18 to 74 years ($M = 35.60$; $SD = 13.49$), and 82% ($n = 201$) were female. Although ads in social media were directed to all Brazilian regions, the vast majority of the sample was from the South (73.1%; $n = 179$). Nevertheless, there were representants from all other regions in our sample: 44 (18%) from the Southeast, 10 (4.1%) from the Northeast, 6 (2.4%) from the Midwest and 6 (2.4%) from the North. The majority of the sample had completed higher (63.6%; $n = 155$) or secondary (35.5%; $n = 87$) education. Demographic and socioeconomic status classification were based on Brazilian public economic criteria (ABEP, 2012). Based on their income, most participants were classified as belonging to low classes C (26.5%; $n = 65$) or D (21.6%; $n = 53$). The majority of participants indicated their ethnicity as being white (81.2%; $n = 199$) or mixed-race (13.5%; $n = 33$) and working full time (42%; $n = 103$) or studying full time (26.1%; $n = 64$).

Participants were asked, through a 5-point Likert scale, how much distress the trauma was causing them at the present moment. Participants that answered from 3 ("medium") to 5 ("extreme") were invited to participate in study's second phase, that required answering a few more scales. This design was mainly conceived to avoid floor effect on data analyses of Phase 2; but, also, to avoid sample loss. Scales that would provide data for analysis that required larger sample sizes were collected in Phase 1, which turned out to be a less than 20-minute survey. In Phase 2, data analysis required a smaller sample size – so, if participants decided not to participate because they did not wish to spend more than 20 minutes answering the survey, their answers from Phase 1 would still be available. Also, participants were randomly assigned to which scales they

would answer based on their date of birth (*i.e.*, even or odd), reducing the total time to complete the survey - once again, in an attempt to diminish possible sample loss. Final sample of Phase 2 had a total of 91 participants. Figure 1 illustrates the study's design.

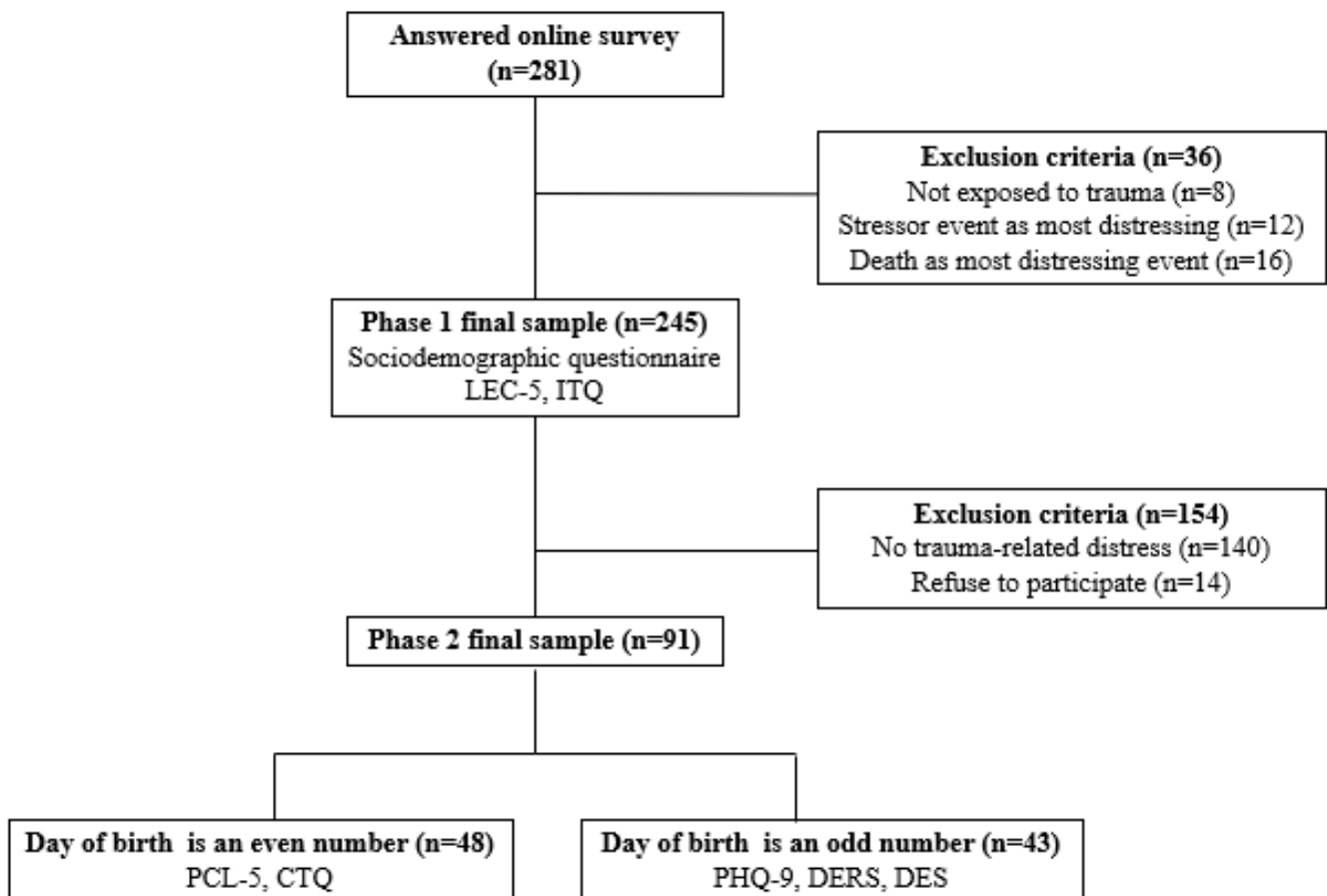


Figure 1. Study design

Measures

Sociodemographic questionnaire (Phase 1) - This instrument comprised general questions on the participants' age, gender, education level and income. It also included questions about the participants' history of previous psychiatric disorders and neuropsychological diseases, in order to assess the exclusion criteria.

Traumatic exposure (Phase 1) – A modified version of the Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5, Weathers et al., 2014) in its Brazilian Portuguese version (Lima et al., 2016) was used to assess lifetime exposure to traumatic events (17 original items plus 3 items investigating childhood maltreatment: physical abuse, sexual abuse and neglect). Individuals were deemed to have been exposed to trauma if they reported that an event “happened to me” or “witnessed it happening to somebody else”. A total score of types of trauma exposure was calculated with a range of possible scores from 0 to 20. A total score of childhood maltreatment was also calculated with a range of possible scores from 0 to 3. Following Cloitre et al. (2018) and Ehrling and Quack (2010) recommendations, a total score of interpersonal trauma (*i.e.*, physical assault, assault with a weapon, sexual assault, other unwanted or uncomfortable sexual experiences, combat or exposure to war-zone, captivity, serious injury and/or harm you caused to someone else) was calculated where scores ranged from 0 to 7. Participants were also required to choose which event was the most distressing one – and subsequent scales of PTSD symptoms should be answered with this particular event in mind.

ICD-11 PTSD and DSO symptoms (Phase 1) – The final version of ITQ (Cloitre et al., 2018) in its Brazilian Portuguese version (ITQ-Br; Donat et al., 2018) was used in this study. Participants of this sample answered to ITQ-Br having the most distressing event reported in LEC-5 as the index trauma. PTSD questionnaire comprises six items, two for re-experience (Re), two for avoidance (Av) and two for sense of current threat (Th). DSO questionnaire also comprises six items, two for affective dysregulation (AD), two for negative self-concept (NSC) and two for disturbances in relationships (DR). Additionally, three items measure functional impairment (social, occupational and other important areas of life) associated with the PTSD and DSO symptoms, respectively. Respondents were instructed to answer the PTSD questionnaire thinking how much they

have been bothered by each symptom in the past month; and the DSO items in relation to how they typically feel and think about themselves and relate to others. Both questionnaires are measured in a 5-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely). For PTSD, it is necessary to score at least 1 symptom in each cluster equal or higher than 2 with a functional impairment score also equal or higher than 2 in the PTSD questionnaire. For CPTSD, it is necessary to score at least 1 symptom equal or higher than 2 in each cluster on both PTSD and DSO questionnaires, also with a functional impairment score equal or higher than 2. The taxonomic structure of ICD-11 requires that a person may only receive a diagnosis of PTSD or CPTSD, but not both.

DSM-5 PTSD symptoms (Phase 2, even group) – Posttraumatic Symptom Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2014; Brazilian version by Lima et al., 2016) is a 20-item instrument that measures PTSD symptoms according to the model of DSM-5 in a 5-point Likert Scale. Participants of this sample answered to PCL-5 having the most distressing event reported in LEC-5 as the index trauma. They were asked about how much the symptoms have been bothering them in the last month. The self-report measure contains 5 items for intrusion (I), 2 items for avoidance (Av), 7 items for negative alterations in cognition and mood (NACM) and 6 items for alterations in arousal and reactivity (Ar). PCL-5 has demonstrated good psychometric properties (Blevins et al., 2015), and the Brazilian version was translated and adapted according to international guidelines (Lima et al., 2016). Reliability among the current sample was acceptable for total scale score ($\alpha = .94$) and all its clusters: I ($\alpha = .89$), Av ($\alpha = .78$), NACM ($\alpha = .88$) and Ar ($\alpha = .71$).

Childhood maltreatment (Phase 2, even group) – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998; Brazilian version by Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006) is a 28-item self-report questionnaire that investigate exposure to

childhood maltreatment (*i.e.*, emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect) in a 5-point Likert scale. Brazilian Portuguese version was translated according to international guidelines for adapting instruments (Grassi et al., 2006) and demonstrated good psychometric properties (Grassi-Oliveira et al., 2014). In this study, internal consistency was satisfactory for total scale score ($\alpha = .88$).

Depressive symptoms (Phase 2, odd group) – The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Brazilian version by Fraguas et al., 2006) is a 9-item self-report measure developed to detect major depressive disorder. Participants must indicate how much they are bothered by each symptom over the past two weeks on a 4-point Likert-scale. PHQ-9 was translated to Brazilian Portuguese according to international guidelines (Fraguas et al., 2006) and achieved satisfactory psychometric properties in its Brazilian Portuguese version amongst clinical and general populations (Fraguas et al., 2006; Kronke et al., 2010; de Lima Osorio, Mendes, Crippa, & Loureiro, 2009; Santos et al., 2013). Reliability among the current sample was also good ($\alpha = .92$).

Affective dysregulation symptoms (Phase 2, odd group) – The Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Brazilian version by Miguel, Giromini, Colombarolli, Zuanazzi, & Zennaro, 2017) is a 36-item measure of emotional dysregulation and it evaluates arousal, awareness, understanding and acceptance of emotions. Also, it investigates the ability to perform in a desired way regardless of emotional state. Participants are asked to indicate how often items apply to themselves in a 5-point Likert scale – higher scores mean higher overall degree of emotion dysregulation. DERS was translated and adapted to Brazilian Portuguese according to international guidelines and the Brazilian version has presented satisfactory psychometric properties (Cancian, Souza, Machado, & Oliveira, 2018; Miguel et al., 2017). In this study, internal consistency was .96 for DERS total score.

Dissociative symptoms (Phase 2, odd group) – The Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986; Brazilian version by Fiszman, Cabizuca, Lanfredi, & Figueira, 2004) is a self-report instrument that investigates dissociative symptoms. DES contains 28 items in a 10-point Likert Scale. Respondents must indicate how often some situations happen to them while they are not under the effect of drugs or alcohol (e.g., how often they look at the mirror and don't recognize themselves, how often they daydream). The Brazilian Portuguese version of the instrument was translated and adapted according to international guidelines (Fiszman et al., 2004) and has presented satisfactory psychometric properties (de Oliveira Maraldi & Zangari, 2016). The reliability of the total score in this sample was satisfactory ($\alpha = .96$).

Data analysis

The major goal of the analyses of the present study was to assess psychometric evidences of the ITQ in its Brazilian version. Analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21 and Analysis of Moment Structures (AMOS) version 21.

Trauma exposure and trauma related disorders - ITQ was used to calculate PTSD and CPTSD prevalence in this sample. Levels of exposure to childhood maltreatment, total trauma and interpersonal trauma reported in LEC-5 were compared between diagnostic groups. Jonckheere-Terpstra tests were performed in order to test the hypothesis that more frequent exposure to traumatic events would also increase diagnosis complexity (i.e., first no diagnosis < PTSD < CPTSD). It was also hypothesized that CPTSD group would have significantly higher exposure to all types of trauma (i.e., lifetime, childhood and interpersonal) than PTSD and no-diagnosis groups. The non-

parametric test of Kruskal-Wallis H test was used to perform this analysis. Pairwise comparisons with adjusted p-values were used at post hoc.

Factorial structure – Seven alternative models (Figure 2) specified by psychometric studies of ITQ (Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016) were evaluated through CFA. As defined by Karatzias et al. (2016), the main goal of testing all these models was to investigate if

“(1) PTSD and DSO were distinct dimensions, (2) if PTSD was better represented as three correlated dimensions rather than one dimension, (3) if DSO was better represented as three correlated dimensions rather than one dimension, and (4) if there was a hierarchical structure (second-order factors) that explained the associations between the first-order PTSD and DSO dimensions”.

According to recommendations of Kline (2005), since the distribution of item responses of ITQ in the sample barely violated the assumption of normality, maximum likelihood estimator was used. Model fit was estimated according to standardized criteria: a non-significant chi-square (χ^2) result indicates good model fit and Comparative Fit Index (CFI) and the Tucker-Lewis Index (TLI) values equal or higher than 0.90 indicate good fit; and root mean square error of approximation (RSMEA) with values between 0.05 and 0.08 suggesting reasonable indices (Kline, 2005).

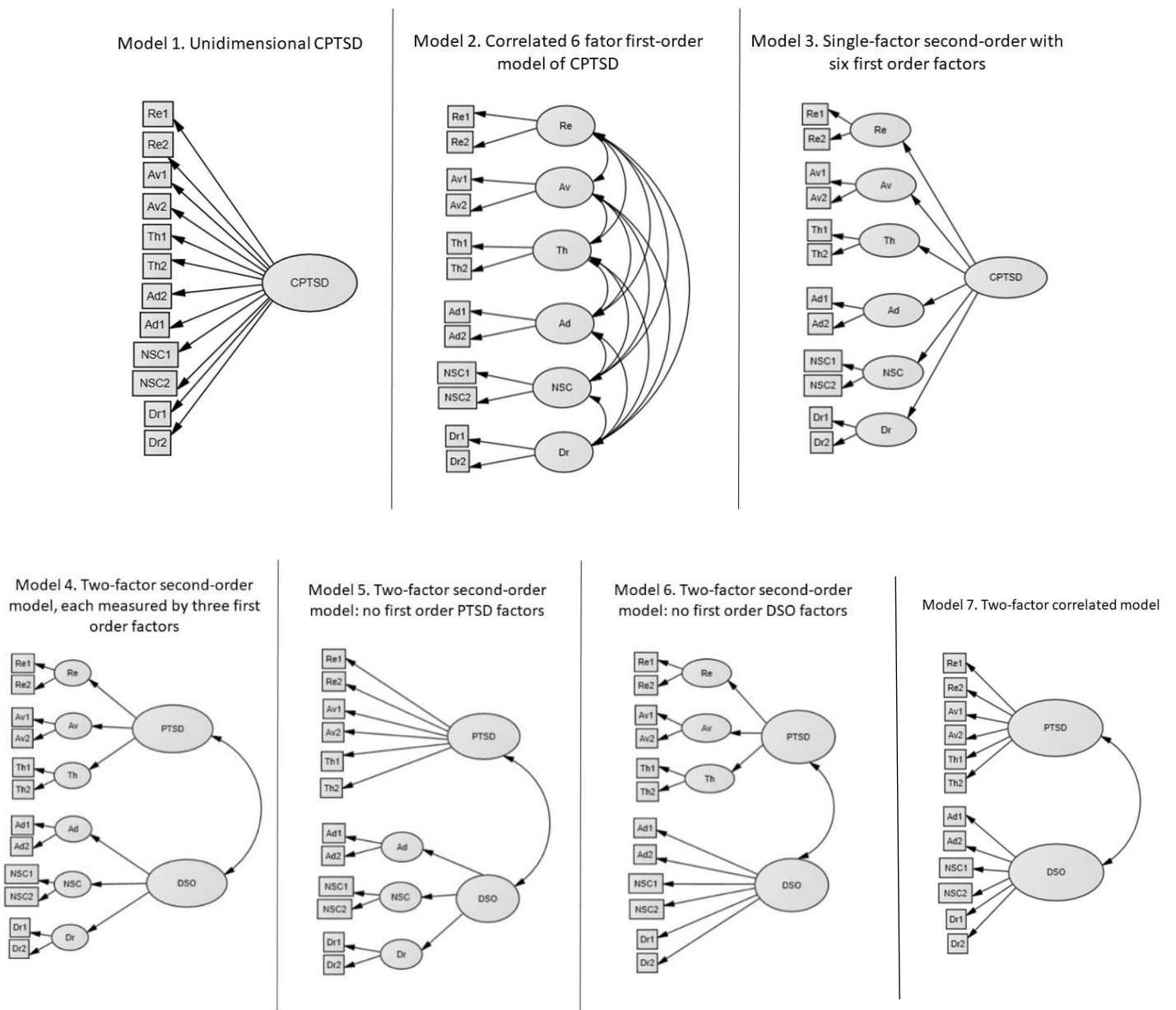


Figure 2. Models of ITQ

Internal reliability - Internal consistency of both PTSD and CPTSD questionnaires and all its subscales was evaluated through Cronbach's alpha. Values of alpha would be considered acceptable when $> .70$.

Convergent and divergent validities – Convergent and divergent validities of ITQ PTSD and DSO questionnaires were investigated. Spearman correlation test was used in

this analysis. Convergent validity would be evidenced by ITQ PTSD questionnaire total score and all its subscales correlating positively and strongly with three factors of the DSM-5 model measure for PTSD (PCL-5): intrusions, avoidance and alterations in arousal and reactivity; whereas divergent validity would be indicated if ITQ PTSD total scale and all its subscales correlated less strongly with DESNOS theoretically related measures (the negative alterations in cognition and mood of PCL-5, CTQ, DES, DERS and PHQ-9). Also, it was predicted that the scale and subscales scores of DSO factors would correlate more strongly with DESNOS theoretically related measures than with the PTSD factors of both PCL-5 and ITQ.

Results

Trauma exposure and trauma related disorders - Scores of LEC-5 are indicated in Table 1. Only 9% of the sample (n = 22) reported exposure to a single traumatic event. The three most commonly experienced trauma were physical assault (58%; n = 142), assault with a weapon (46.9%; n = 115) and childhood physical abuse (40%; n = 98). Assault with a weapon was also most frequently reported as the most distressing traumatic event (22.9%; n = 56), followed by childhood sexual abuse (11.4%; n = 28) and sudden violent death, such as homicide or suicide (10.2%; n = 25).

Three diagnostic groups were identified by the ITQ in this sample: no diagnosis (63.3%; n = 155), PTSD (7.8%; n = 19) and CPTSD (29%; n = 71). In PTSD group, the most commonly experienced traumas were physical assault (68.4%; n = 13), assault with a weapon (68.4%, n=13) and life-threatening illness or injury (52.6%; n = 10). Assault with a weapon (42.1%; n = 8) was most frequently reported as the most distressing event by the PTSD group. In CPTSD group, the most commonly experienced trauma were physical assault (73.2%; n = 52), childhood physical abuse (60.6%; n = 43) and severe

human suffering (54.9%; $n = 39$). The most frequently reported most distressing event by CPTSD group was also assault with a weapon (16.9%; $n = 12$); but if sexual violence in childhood (12.7%; $n = 9$) and adulthood (11.3%; $n = 8$) were clustered together, that would have been the most distressing event reported.

Table 1. Descriptive statistics for trauma exposure according to LEC-5

	Total sample (n=245)	No diagnosis (n=155)	PTSD group (n=19)	CPTSD group (n=71)
Total trauma exposure				
Mean (SD)	5.59 (3.33)	4.69 (2.95)	6.00 (3.23)	7.45 (3.42)
Median	5.00	4.00	5.00	7.00
Range	1 - 16	1 - 13	1 - 13	1 - 16
Interpersonal trauma				
Mean (SD)	1.90 (1.45)	1.54 (1.27)	2.16 (1.42)	2.61 (1.55)
Median	2.00	1.00	2.00	2.00
Range	0 - 6	0 - 5	0 - 6	0 - 6
Childhood maltreatment				
Mean (SD)	0.79 (0.92)	0.59 (0.80)	0.68 (0.89)	1.27 (1.01)
Median	1.00	0.00	0.00	1.00
Range	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 3

Note. CPTSD, Complex Posttraumatic Stress Disorder; LEC-5, Life Events Checklist; PTSD, Posttraumatic Stress Disorder; SD, standard deviation.

Jonckheere-Terpstra tests revealed that as more complex the diagnosis was, the higher was the exposure to lifetime trauma [$J = 10452.00$, $z = 5.177$, $p < 0.001$, $r = 0.33$], interpersonal trauma [$J = 10336.50$, $z = 5.061$, $p < 0.001$, $r = 0.37$] and childhood maltreatment [$J = 10043$, $z = 4.766$, $p < 0.001$, $r = 0.32$] as medians significantly increased. The results of Kruskal-Wallis H test showed that there were significant differences across diagnostic groups in the mean number of lifetime exposure to traumatic events [$H(2) = 27.383$; $p < 0.001$], in the mean number of interpersonal trauma [$H(2) = 25.284$; $p < 0.001$] and in the mean number of exposure to childhood maltreatment [$H(2) = 24.866$; $p < 0.001$]. Post hoc pairwise comparisons using adjusted p-values (Table 2)

indicated that those with a CPTSD diagnosis experienced significantly more lifetime traumas, interpersonal traumas and childhood maltreatment than those without a diagnosis.

Table 2. Comparisons in trauma exposure between diagnostic groups

	No diagnosis (n=155)	PTSD (n=19)	CPTSD (n=71)	Differences in mean rank	Z	P	Effect size (R)
Total trauma exposure	103.75	134.26	162.01				
No diagnosis x PTSD				30.52	1.78	0.23	0.13
No diagnosis x CPTSD				58.23	5.77	< 0.001	0.38
PTSD x CPTSD				27.75	1.52	0.28	0.16
Interpersonal trauma	106.48	136.13	155.56				
No diagnosis x PTSD				29.65	1.77	0.23	0.13
No diagnosis x CPTSD				49.08	4.95	< 0.001	0.33
PTSD x CPTSD				19.42	1.09	0.83	0.12
Childhood maltreatment	108.99	115.87	155.49				
No diagnosis x PTSD				6.79	0.43	1.00	0.05
No diagnosis x CPTSD				46.51	4.96	< 0.001	0.33
PTSD x CPTSD				39.63	2.35	0.06	0.25

Note. CPTSD, Complex Posttraumatic Stress Disorder; P, statistical significance; PTSD, Posttraumatic Stress Disorder; r, correlation coefficient (0.10 – 0.29 = small effect, 0.30 – 0.49 = medium effect, 0.50 – 1.00 = large effect); Z = Standard test Statistic.

Factorial structure – The fit statistics for the seven models of the ITQ were presented on Table 3. Although chi-square test were statistically significant, this should not lead to the rejection of models as chi-square is dependent on sample size and will almost always be significant in large samples (Harrington, 2009). Only models 2 and 4 presented good statistics fit. In Model 4, a second-order model, factor loadings for PTSD factor (Re = .87; Av = .89, Th = .80) and DSO factor (AD= .99; NSC = .89, DR = .91) were all positive, high and statistically significant ($p < 0.001$). The correlation between PTSD and DSO factor was .65 ($p < 0.001$).

Table 3. Fit statistic for ITQ-Br models

Model	χ^2	df	χ^2 / df	P	CFI	TLI	RMSEA (90% CI)
Model 1	638.662	54	11.827	< .001	.682	.612	.211 (.196 – .225)
Model 2	76.915	39	1.972	< .001	.979	.965	.063 (.042 – .084)
Model 3	231.252	48	4.818	< .001	.900	.863	.125 (.109 – .141)
Model 4	98.490	47	2.096	< .001	.972	.961	.067 (.048 – .086)
Model 5	195.282	50	3.906	< .001	.921	.896	.109 (.093 – .125)
Model 6	182.159	50	3.643	< .001	.928	.905	.104 (.088 – .121)
Model 7	278.793	53	5.260	< .001	.877	.847	.132 (.117 – .148)

Note. χ^2 , chi-square; CFI, comparative fit indices; df, degrees of freedom; P, statistical significance; RMSEA (90% CI), root mean square of approximation (90% confidence intervals); TLI, Tucker-Lewis Index

Chi-square difference test ($\Delta\chi^2 = 21.575$, $\Delta df = 8$, $p = 0.01$) indicated that Model 2 fits the data better than Model 4. Model 2, therefore, should be preferred on the basis of model fit. The factor loadings of Model 2 are presented in Table 4.

Internal reliability – The internal reliability (Cronbach's alpha) of PTSD questionnaire was good ($\alpha = .88$), as were the reliabilities off all clusters: Re ($\alpha = .76$), Av ($\alpha = .85$) and Th ($\alpha = .82$). The internal reliability (Cronbach's alpha) of DSO questionnaire was also good ($\alpha = .90$), as were the reliabilities for the NSC ($\alpha = .93$) and DR ($\alpha = .85$) clusters. AD factor ($\alpha = .59$) was the exception, as presented lower reliability than expected.

Convergent validity - 91 participants (37.14%) reported having at least medium level of distress related to trauma and agreed in participating on the second phase of the study. Based on ITQ-Br results, 15 (16.5%) were diagnosed with PTSD and 54 (59.3%) were diagnosed with CPTSD.

The correlations between the factor scores were weighted according to factor loadings of Model 2. Correlations between ITQ-Br PTSD total score and its three factors (*i.e.*, Re, Av, Th) and respective PCL-5 subscales were high, positive and statistically

significant. Also, ITQ-Br PTSD total score either failed to correlate or was less strongly correlated to childhood trauma (CTQ), depression (PHQ-9), emotion dysregulation (DERS), and dissociation (DES), which are theoretically DESNOS related measures. Correlations between ITQ-Br DSO questionnaire and its three factors (*i.e.*, AD, NSC, DR) were also as expected, with CTQ, PHQ-9, DERS and DES being more strongly correlated with DSO symptoms than with PTSD symptoms. Also, PCL-5 factor of negative alterations in cognitions and mood was more strongly correlated to DSO symptoms than with PTSD symptoms. All correlation statistics can be seen in Table 5.

Table 4. Factor loadings of ITQ-Br

Original Item	Brazilian version	Re	Av	Th	AD	NSC	DR
Re1. Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	Re1. Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	.68					
Re2. Having powerful images or memories that sometimes come into your mind in which you feel the experience is happening again in the here and now?	Re2. Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	.92					
Av1. Avoiding internal reminders of the experience (for example, thoughts, feelings, or physical sensations)?	Av1. Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?		.85				
Av2. Avoiding external reminders of the experience (for example, people, places, conversations, objects, activities, or situations)?	Av2. Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?		.88				
Th1. Being “super-alert”, watchful, or on guard?	Th1. Estar "hiper-alerta", vigilante ou em guarda?			.79			
Th2. Feeling jumpy or easily startled?	Th2. Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente assustado(a)?			.88			
AD1. When I am upset, it takes me a long time to calm down	AD1. Quando estou chateado(a), demoro bastante tempo para me acalmar				.66		
AD2. I feel numb or emotionally shut down.	AD2. Eu me sinto anestesiado(a) ou emocionalmente desligado(a)				.63		
NSC1. I feel like a failure	NSC1. Eu me sinto um fracasso					.92	
NSC2. I feel worthless	NSC2. Eu me sinto sem valor					.95	
DR1. I feel distant or cut off from people.	DR1. Eu me sinto distante ou desconectado(a) de outras pessoas						.92
DR2. I find it hard to stay emotionally close to people.	DR2. Acho difícil ficar emocionalmente próximo(a) de outras pessoas						.80

Note. All loadings statistically significant ($p < 0.001$). AD, affective dysregulation; Av, avoidance; DR, disturbances in relationships; DSO, Disturbances in Self-Organization; NSC, negative self-concept; PTSD, Posttraumatic Stress Disorder; Re, reexperience; TH, sense of threat.

Table 5. Spearman correlations between ITQ-Br and related constructs

	PCL-5	PCL-5 I	PCL-5 Av	PCL-5 NACM	PCL-5 Ar	CTQ	PHQ-9	DERS	DES
ITQ-Br PTSD	.67**	.69**	.67**	.51**	.63**	.31*	.48**	.28	.45**
ITQ-Br Re	.64**	.67**	.50**	.55**	.52**	.27	.42**	.15	.38*
ITQ-Br Av	.57**	.57**	.79**	.46**	.43**	.26	.48**	.44**	.47**
ITQ-Br Th	.31*	.28	.23	.17	.49**	.25	.36	.19	.33*
ITQ-Br DSO	.72**	.51**	.61**	.75**	.60**	.49**	.78**	.71**	.79**
ITQ-Br AD	.49**	.36*	.41**	.55**	.33*	.22	.56**	.54**	.63**
ITQ-Br NSC	.69**	.53**	.61**	.69**	.60**	.53**	.75**	.69**	.67**
ITQ-Br DR	.66**	.44**	.54**	.72**	.57**	.49**	.74**	.63**	.76**

Note. CTQ, Childhood Trauma Questionnaire; DES, Dissociative Experience Scale; DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale; ITQ-Br PTSD, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Posttraumatic Stress Disorder questionnaire; ITQ-Br Re, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Reexperience; ITQ-Br Av, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Avoidance; ITQ-Br Th, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Sense of current Threat; ITQ-Br DSO, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Disturbances in Self Organization Questionnaire; ITQ-Br AD, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Affective Dysregulation; ITQ-Br NSC, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Negative Self-Concept; ITQ-Br DR, International Trauma Questionnaire Brazilian Portuguese Version Disturbances in Relationships; PCL-5, Posttraumatic Symptom Checklist for DSM-5; PCL-5 I, Posttraumatic Symptom Checklist for DSM-5 Intrusion; PCL-5 Av, Posttraumatic Symptom Checklist for DSM-5 Avoidance; PCL-5 NACM, Posttraumatic Symptom Checklist for DSM-5 Negative Alterations in Cognitions and Mood; PCL-5 Ar, Posttraumatic Symptom Checklist for DSM-5 Alterations in Arousal and Reactivity; PHQ-9, Patient Health Questionnaire. *r*, correlation coefficient (0.10 – 0.29 = small effect, 0.30 – 0.49 = medium effect, 0.50 – 1.00 = large effect). ***p*<000.1; * *p*<0.05.

Discussion

The primary aim of this study was to provide the first analysis of the psychometric properties of ITQ-Br so that ICD-11 model of PTSD and CPTSD could be investigated in the Brazilian context in future studies. This is important not only because an instrument evaluating posttraumatic reactions is relevant in a country with high indices of trauma exposure such as Brazil, but also because the ICD-11 model of traumatic disorders needs to be tested in different cultures in order to address if the goal of international applicability is being achieved. Also, to our knowledge, this is the first study to test the final 12-item version of ITQ in a language other than English. Our results indicated good overall evidences of construct validity of the ITQ-Br.

CFA results were consistent with prior findings of ITQ with different types of samples and cultures (Ben-Ezra et al., 2018; Cloitre et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016; Kazlauskas et al., 2018; Murphy et al., 2016; Vallières et al., 2018) – although, differently from our findings, the second-order model (Model 4) fitted data better than the first-order model (Model 2) in most of those studies. Still, the overall idea of both models is that PTSD and DSO symptoms are better discriminated in three correlated dimensions – and that is also supported by our results, as both models 2 and 4 were considered adequate. But, just as highlighted by Karatzias et al. (2016), we believe that such results indicate that “the conceptualization of the correlations among the PTSD and DSO factors as second-order factors is possible and useful, but not necessary”.

Cronbach’s alpha results have shown good evidences of overall reliability, with only AD factor of DSO questionnaire not achieving satisfactory results. Although some might even consider the $\alpha = .59$ achieved by AD items as satisfactory results due to the fact that factors of ITQ contain only two items (*e.g.*, Pallant, 2010), there is also the

hypothesis that the AD factor may always be lower in terms of its reliability. Differently from any other factor in which both items aim to evaluate the exact same construct, in AD, each item was developed to address a different type of emotional dysregulation (i.e., one item for hypo-activation and one item for hyper activation), that could not be associated in clinical presentations. This hypothesis may be confirmed with future studies with the final 12-item version of ITQ that analyze the instrument' internal consistency.

But also, future studies with the Brazilian population should investigate the AD factor (and maybe even with the entire DSO questionnaire) further. Shevlin and Hyland (2018), when presenting the final version of ITQ DSO Questionnaire, showed evidences of proper fit of another 7 items for AD, and the only reason why ITQ final version presents only two-items per factor is to be aligned with the ICD-11 emphasis on clinical utility that requires few symptoms indicators. Those authors defined as a challenge to decide which two symptoms could identify CPTSD across the worldwide trauma population that vary in terms of type of traumatic exposure, nationality, culture, demographics and clinical status – and suggested that empirical research around the world should continue to investigate which items are the most effective symptom indicators of DSO. This was not the goal of the present article, but we strongly believe that such study with a Brazilian population could contribute to the ongoing discussion of culture related trauma responses; and could also improve ITQ-Br validity.

Evidences of convergent and divergent validity were also found in the present study. ITQ-Br DSO questionnaire was more strongly associated to DESNOS theoretically related symptoms such as depression, dissociation, emotional dysregulation and childhood maltreatment; and ITQ-Br PTSD questionnaire was more strongly correlated to PCL-5 symptoms of intrusions, avoidance and arousal clusters. Importantly, our results indicated that the DSO factor was more strongly correlated with the NACM cluster of

PCL-5 than was the PTSD factor - Karatzias et al. (2016) have found similar results, and hypothesized that DSM-5 model may be considering complex psychological responses to trauma exposure in its unique symptom profile. Similar results of CPTSD being more associated with depressive symptoms (Gilbar et al., 2018; Hyland et al., 2017; Murphy et al., 2015), emotional dysregulation (Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016) and childhood maltreatment (Ben-Ezra et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Karatzias et al., 2017; Kazlauskas et al., 2018; Murphy et al., 2015) have also been found in previous studies. Our hypothesis that CPTSD group would have significantly more exposure to traumatic events, specially childhood maltreatment and interpersonal trauma than PTSD group or non-symptomatic group, was partially supported by our data. Even though results indicated that higher trauma exposure would also increase diagnosis complexity in the path no diagnosis < PTSD < CPTSD and that the CPTSD group was significantly more exposed to traumatic events, including interpersonal trauma and childhood maltreatment, than the non-symptomatic group; no differences were found between PTSD and CPTSD in levels of exposure to traumatic events of any kind.

In our sample, the prevalence of CPTSD (29%) was higher than the one of PTSD (7.8%). Similar findings have been found in previous studies using the ITQ with both clinical and community samples in different cultures (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016; Karatzias et al., 2017; Vallieres et al., 2018); but other studies have found higher prevalence of PTSD instead (Ben-Ezra et al., 2018; Gilbar et al., 2018; Kazlauskas et al., 2018; Maercker et al., 2018; Murphy et al., 2016). Just as suggested by Cloitre et al. (2018), we believe that future studies need to test the hypothesis that CPTSD is more prevalent than PTSD in general population. In many cultures, exposure to multiple trauma can be common, and maybe even more common than single exposure (Scott et al., 2013). As multiple trauma exposure is more associated with CPTSD than

PTSD, it also may be true that the prevalence of CPTSD is higher in general population. This has yet to be determined. In our sample, less than 10% of the participants have been exposed to a single traumatic event – what could explain the high rates of CPTSD.

Important limitations should be addressed. First, our sample is not national representative of Brazilian population – for example, the vast majority is from the south, female, has higher educational level and identified itself as being white. Future studies should focus in more diverse research participants. Also, some types of psychometric analysis, such as test retest, were not performed in the present study. At last, frequent comorbidities of trauma related disorders, such as depression, anxiety and substance abuse, that could interfere with some results, were not controlled in our analysis. Future studies with clinical samples can improve ITQ-Br validity with further psychometric analysis.

ITQ is a self-report measure that captures a limited but core set of symptoms, with a quick diagnostic algorithm and freely available – all that to maximize clinical and research utility that will allow studies regarding the nature, predictors, course, treatment and outcomes of PTSD and CPTSD (Cloitre et al., 2018). Our study demonstrated evidences of good psychometric properties of this measure in its Brazilian Portuguese version; and also provides evidences of discriminant validity of PTSD and CPTSD with a Latin American sample. Future studies with clinical samples should now be performed in order to evaluate ICD-11 model for trauma related disorders in the Brazilian context.

References

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5).
- Armour, C., Müllerová, J., & Elhai, J. D. (2016). A systematic literature review of PTSD's latent structure in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV to DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 44, 60–74. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.003
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2012). Critério de classificação econômica Brasil. <http://www.abep.org> (acessado em 10/Dec/2018).
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. doi: 10.1002/da.22723
- Bernstein, D. P., & Fink, L. A. (1998). CTQ: Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. doi: 10.1002/jts.22059
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD, 58(April), 1–15. doi: /10.1016/j.cpr.2017.09.001

- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V : Life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366–373. doi: /10.1002/jts.20443
- Cancian, A.C.M., Souza, L.A.S., Silva, V.H.P., Machado, W.L., & Oliveira, M.S. (2018). Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;00(0):000-000. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0128
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. doi: 10.1002/jts.20697
- Cloitre, M., Shevlin, M., Cr, B., Ji, B., Np, R., & Maercker, A. (2018). The International Trauma Questionnaire : development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD, 1–11. doi: /10.1111/acps.12956
- Donat, J. C., Lobo, N. S., Jacobsen, G. S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Mendlowicz, M. ... Lima, E. (2018). *Cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for the Brazilian context*. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Submitted for publication.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.004
- Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredi, C., & Figueira, I. (2004). The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Dissociative Experiences Scale for screening and quantifying dissociative phenomena. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 164-173.

- Fraguas Jr, R., Henriques Jr, S. G., De Lucia, M. S., Iosifescu, D. V., Schwartz, F. H., Menezes, P. R., ... & Martins, M. A. (2006). The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *Journal of affective disorders*, 91(1), 11-17. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.003
- Gilbar, O., Hyland, P., Cloitre, M., & Dekel, R. (2018). ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 49–56. doi: /10.1016/j.janxdis.2018.01.004
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., & Pezzi, J.C. (2006) Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica* 40: 249–25. doi: 10.1590/S0034-89102006000200010
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., ... & Arteché, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PloS one*. doi: 10.1371/journal.pone.0087118
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (Eds.). (2004). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Psychology Press.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. (Pocket Guides to Social Work Research Methods Series).
- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., & Downes, A. J. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International

- Trauma Questionnaire, (July). doi: 10.1111/acps.12771
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... Shevlin, M. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK , USA , Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7). doi: 10.1080/20008198.2017.1418103
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.009
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. doi: /10.1016/j.jad.2016.09.032
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. doi: /10.1080/20008198.2017.1414559
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Lima, R. S., Bueno, S., Proglhof, P.N., Hanashiro, O., Martins, C., Marques, D., ... Viegas, R. (2017). 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Available from:

- <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/11o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>. Accessed in 2018 (Dec 27).
- de Lima Osório, F., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in psychiatric care*, 45(3), 216-227. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1. doi: 10.1097/NMD.0000000000000790
- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., & Zennaro, A. (2017). A Brazilian Investigation of the 36-and 16-Item Difficulties in Emotion Regulation Scales. *Journal of clinical psychology*, 73(9), 1146-1159. doi: 10.1002/jclp.22404
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32678. doi: 10.3402/ejpt.v7.32678
- de Oliveira Maraldi, E., & Zangari, W. (2016). Evidências de validade da Escala de Experiências Dissociativas em amostra não clínica. *Avaliação Psicológica*, 15(1)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2016). OECD Better Life Index. Available from: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt/>. Accessed in 2018 (Dec 27).
- Pallant, J. (2010). *SPSS: Surviving Manual*. New York: The McGraw Hill.
- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S., & Maj, M. (2011). The WPA-WHO

- Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10(2), 118–131. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555. doi: 10.1002/jts.2490100403
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P. D., Silva, N. T. B. D., Tams, B. D., ... & Matijasevich, A. (2013). Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533-1543.
- Scott KM, Koenen KC, Aguilar-Gaxiola S, et al. (2013). Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross sectional study. *PLoS ONE*;8:e80573.
- Shevlin, M., & Hyland, P. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(9). doi: 10.1080/20008198.2017.1419749
- Vallièrès, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., ... Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557. doi: 10.1111/acps.12973
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to

trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. doi: /10.1002/jts.20047

Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria, New Measures, and Implications for Assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. doi: /10.1007/s12207-014-9191-1

Worrell, F. C., McKay, M. T., & Andretta, J. R. (2018). Psychometric properties of Adolescent Time Inventory Time Attitude (ATI-TA) scores in three waves of longitudinal data. *Psychological Assessment*. Worrell, Frank C.: School Psychology Program, Graduate School of Education, University of California, 4511 Tolman Hall, Berkeley, CA, US, 94720-1670, frankc@berkeley.edu: American Psychological Association. doi: 10.1037/pas0000457

World Health Organization (2015). *The Global status report on road safety 2015*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/. Accessed in 2018 (Dec 27).

World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases*. 11th ed. Available from: <https://icd.who.int/>. Accessed in 2018 (Aug 10).

Anexos

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DO ICD-11 TRAUMA QUESTIONNAIRE

Pesquisador: Christian Haag Kristensen

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81531517.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.558.869

Apresentação do Projeto:

O principal transtorno desenvolvido após a exposição a um evento estressor traumático, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), foi recentemente revisado nas versões mais atuais dos dois manuais para transtornos mentais mais utilizados por profissionais de saúde, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM-5), organizado pela American Psychiatric Association (APA, 2013); e a décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), organizada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization; WHO) (Maercker et al., 2013), com diferenças significativas em seus critérios diagnósticos. É importante que tais discordâncias sejam compreendidas através da observação clínica, testagem de hipóteses científicas e refinamento dos modelos conceituais propostos (Weathers, Marx, Friedman, & Schnurr, 2014), através de instrumentos sensíveis para medir as diferenças nos critérios diagnósticos d (Ford & Courtois, 2014). Enquanto o modelo do DSM-5 já é representado pela PCL-5, com versão adaptada ao português brasileiro (Lima et al., 2016); o modelo da CID-11, embora apresente evidências empíricas preliminares mais promissoras, ainda não tem representação, através de um instrumento psicométrico, para utilização em amostras brasileiras. O objetivo desse projeto é realizar a adaptação transcultural para o português brasileiro e investigar evidências de validade do principal instrumento a ser utilizado na investigação TEPT a partir do modelo da CID 11, o ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ; Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin,

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 2.558.869

2015).

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a adaptação transcultural e investigar evidências de validade da versão em português brasileiro do ICD Trauma Questionnaire (ICD-TQ).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possíveis desconfortos e riscos incluem relembrar aspectos de sua vida que podem causar sofrimento psicológico. Benefícios: Os benefícios diretos desta pesquisa se limitam ao retorno verbal que o participante poderá ter sobre os dados levantados. Indiretamente, o participante estará promovendo o avanço do conhecimento científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante, com objetivo claro e objetivos exequíveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1051919.pdf	11/01/2018 15:39:42		Aceito
Outros	cartaRespostaPendencias2.doc	11/01/2018 15:38:32	Christian Haag Kristensen	Aceito
Outros	cartaautorizacao.doc	11/01/2018 15:30:06	Christian Haag Kristensen	Aceito
Outros	cartaapresentacaoprojeto.doc	11/01/2018 15:26:44	Christian Haag Kristensen	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	11/01/2018 15:24:56	Christian Haag Kristensen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Estudo_II_V2.pdf	11/01/2018 15:21:17	Christian Haag Kristensen	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 2.558.869

Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_II_V2.pdf	11/01/2018 15:21:17	Christian Haag Kristensen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_I_V2.pdf	11/01/2018 15:21:02	Christian Haag Kristensen	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/01/2018 11:35:21	Christian Haag Kristensen	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/12/2017 17:42:17	Christian Haag Kristensen	Aceito
Cronograma	Cronograma_.pdf	11/12/2017 17:39:11	Christian Haag Kristensen	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_Pesquisa.pdf	11/12/2017 17:39:01	Christian Haag Kristensen	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Março de 2018

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudos 1 e 2)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Estudo I

Sou membro do Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGP-PUCRS), e estou realizando uma pesquisa chamada “Tradução e adaptação transcultural do ICD-11 *Trauma Questionnaire* para o português brasileiro” sob a orientação do Prof. Dr. Christian Haag Kristensen do PPGP-PUCRS. Essa pesquisa pretende traduzir e adaptar este instrumento, que avalia sintomatologia de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) para o português do Brasil. Acreditamos que isso é importante porque poderá ajudar no entendimento das reações pós-traumáticas e ampliar as discussões científicas a respeito de modelos diagnósticos do TEPT ao investigar tais sintomas em brasileiros expostos a situações traumáticas.

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma etapa inicial dessa pesquisa, com objetivo avaliar a compreensão dos itens traduzidos do ICD-TQ para o português brasileiro. Se você consentir em participar, avaliará, através de um questionário, o quando você compreende cada um dos itens da versão em português brasileiro do ICD-TQ. Sugestões a respeito de como melhorar os itens também serão solicitadas. Estimamos que o preenchimento do questionário em meia hora.

Possíveis desconfortos e riscos a você incluem lembrar aspectos de sua vida que podem lhe causar sofrimento psicológico. Também, você deverá dispor de uma parcela do seu tempo para a pesquisa. Você tem o direito de solicitar uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação neste estudo. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita, que será prestada pelos pesquisadores responsáveis em horário e local a serem combinados com você.

Os benefícios diretos desta pesquisa para você são restritos, e se limitam ao retorno verbal que você poderá ter sobre os dados levantados. Indiretamente, você estará promovendo o avanço do conhecimento científico. A participação neste estudo é voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, sem qualquer prejuízo ou retaliação. Na publicação dos resultados dessa pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identifica-lo(a), as quais só estarão ao acesso dos pesquisadores responsáveis.

Qualquer desconforto causado, ou dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser discutidos a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis, Christian Haag Kristensen e Júlia Candia Donat, pelo fone do NEPTE, (51) 3353-4898 ou pelo telefone celular (51) 991225301. Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS), em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das

13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma. Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas. Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Atenciosamente,

Júlia Candia Donat
Matrícula: 17190296-8
CRP: 07/26046

Local e data

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen
Matrícula: 10082330
CRP: 07/06493

CONSENTIMENTO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado(a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do(a) participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Estudo II

Sou membro do Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGP-PUCRS), e estou realizando uma pesquisa chamada “Evidências de validade da versão brasileira do *ICD Trauma Questionnaire*” sob a orientação do Prof. Dr. Christian Haag Kristensen do PPGP-PUCRS. Essa pesquisa pretende traduzir e adaptar este instrumento, que avalia sintomatologia de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) para o português do Brasil. Acreditamos que isso é importante porque poderá ajudar no entendimento das reações pós-traumáticas e ampliar as discussões científicas a respeito de modelos diagnósticos do TEPT ao investigar tais sintomas em brasileiros expostos a situações traumáticas.

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente dessa pesquisa, que tem como objetivo avaliar as propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do ICD-TQ. Se você consentir em participar, lhe será pedido que responda online algumas perguntas e alguns instrumentos sobre eventos estressores na infância e na vida adulta, sintomas pós-traumáticos e de desregulação emocional. Estimamos que o preenchimento do questionário em aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Possíveis desconfortos e riscos a você incluem lembrar aspectos de sua vida que podem lhe causar sofrimento psicológico. Ademais, caso você relate sintomas pós-traumáticos, poderá receber informações e orientações sobre tratamentos adequados, inclusive o oferecido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse da PUCRS. É importante esclarecer que, caso você decida não participar, ainda assim pode obter informações sobre sintomas pós-traumáticos junto ao NEPTE. Também, você deverá dispor de uma parcela do seu tempo para a pesquisa. Você tem o direito de solicitar uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação neste estudo. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita, que será prestada pelos pesquisadores responsáveis em horário e local a serem combinados com você.

Os benefícios diretos desta pesquisa para você são restritos, e se limitam ao retorno que você poderá ter sobre os dados levantados. Indiretamente, você estará promovendo o avanço do conhecimento científico. A participação neste estudo é voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, sem qualquer prejuízo ou retaliação. Na publicação dos resultados dessa pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identifica-lo(a), as quais só estarão ao acesso dos pesquisadores responsáveis.

Qualquer desconforto causado, ou dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser discutidos a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis, Christian Haag Kristensen e Júlia Candia Donat, pelo fone do NEPTE, (51) 3353-4898 ou pelo telefone celular (51) 991225301. Caso você

tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS), em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Se você concordar em participar deste estudo, deve preencher o seu nome abaixo e clicar em “Consinto em participar do estudo”, como forma de assinatura eletrônica. Ao fazê-lo, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma. Não consinta a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas. Você receberá por e-mail uma via desse termo para seus registros e outra via será impressa e arquivada pelo responsável pelo estudo.

Atenciosamente,

Júlia Candia Donat
Matrícula: 17190296-8
CRP: 07/26046

Local e data

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen
Matrícula: 10082330
CRP: 07/06493

☐ Consinto em participar deste estudo

Eu, (nome completo do participante), após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

ANEXO C - International Trauma Questionnaire – versão original

International Trauma Questionnaire

Instructions: Please identify the experience that troubles you most and answer the questions in relation to this experience.

Brief description of the experience _____

When did the experience occur? (circle one)

- a. less than 6 months ago
- b. 6 to 12 months ago
- c. 1 to 5 years ago
- d. 5 to 10 years ago
- e. 10 to 20 years ago
- f. more than 20 years ago

Below are a number of problems that people sometimes report in response to traumatic or stressful life events. Please read each item carefully, then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

	<i>Not at all</i>	<i>A little bit</i>	<i>Moderately</i>	<i>Quite a bit</i>	<i>Extremely</i>
1. Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	0	1	2	3	4
2. Having powerful images or memories that sometimes come into your mind in which you feel the experience is happening again in the here and now?	0	1	2	3	4
3. Avoiding internal reminders of the experience (for example, thoughts, feelings, or physical sensations)?	0	1	2	3	4
4. Avoiding external reminders of the experience (for example, people, places, conversations, objects, activities, or situations)?	0	1	2	3	4
5. Being "super-alert", watchful, or on guard?	0	1	2	3	4
6. Feeling jumpy or easily startled?	0	1	2	3	4

In the past month have the above symptoms:

7. Affected your relationships or social life?	0	1	2	3	4
8. Affected your work or ability to work?	0	1	2	3	4
9. Affected any other important part of your life such as parenting, or school or college work, or other important activities?	0	1	2	3	4

Cloitre, Roberts, Bisson, & Brewin, 2018

Below are problems or symptoms that *people who have had stressful or traumatic events sometimes experience*. The questions refer to ways you typically feel, ways you typically think about yourself and ways you typically relate to others. Answer the following thinking about how true each statement is of you.

How true is this of you?	Not at all	A little bit	Moderately	Quit a bit	Extremely
1. When I am upset, it takes me a long time to calm down.	0	1	2	3	4
2. I feel numb or emotionally shut down.	0	1	2	3	4
3. I feel like a failure.	0	1	2	3	4
4. I feel worthless.	0	1	2	3	4
5. I feel distant or cut off from people.	0	1	2	3	4
6. I find it hard to stay emotionally close to people.	0	1	2	3	4

In the past month, have the above problems in emotions, in beliefs about yourself and in relationships:

7. Created concern or distress about your relationships or social life?	0	1	2	3	4
8. Affected your work or ability to work?	0	1	2	3	4
9. Affected any other important parts of your life such as parenting, or school or college work, or other important activities?	0	1	2	3	4

ANEXO D – Questionário para juízes experts (Exemplo)

O senhor está sendo convidado a participar, como juiz *expert*, do estudo “Adaptação transcultural e evidências de validade do *International Trauma Questionnaire*”, na etapa de validação de conteúdo da escala. O instrumento tem 12 itens, e a avaliação deve durar cerca de 30 minutos.

1. Comparando a versão original com a versão traduzida,

Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?
--	--

Responda:

	Nada	Pouco	Médio	Muito	Absolutamente
O senhor acredita que a linguagem é suficientemente clara, compreensível e adequada para a população brasileira?					
O senhor acredita que o item é pertinente/importante dentro de um instrumento para avaliar vítimas de trauma no Brasil?					
O senhor acredita que o conteúdo deste item é representativo do construto que se quer medir, considerando a teoria em questão?					

Por favor, utilize o espaço a seguir para sugestões a respeito do item, caso o tenha considerado inadequado: _____

ANEXO E – Questionário para a população alvo

Instruções:

Por favor, leia os itens cuidadosamente e, então, circule o número correspondente ao quanto você **compreendeu** de cada item. Não responda baseado em como você se sente, e sim no quão clara está a linguagem do item.

	Eu não entendi nada do item	Eu entendi pouco do item	Eu entendi mais ou menos o item	Eu entendi muito do item	Eu entendi o item totalmente
1. Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
2. Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
3. Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
4. Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
5. Estar "hiper-alerta", vigilante ou em guarda?	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
6. Sentir-se sobressaltado ou facilmente assustado?	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					

ID:

	Eu não entendi nada do item	Eu entendi pouco do item	Eu entendi mais ou menos o item	Eu entendi muito do item	Eu entendi o item totalmente
7. Quando estou chateado, demoro bastante tempo para me acalmar.	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
8. Sinto-me anestesiado ou emocionalmente desligado	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
9. Sinto-me um fracasso	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
10. Sinto-me sem valor	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
11. Sinto-me distante ou desconectado de outras pessoas	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					
12. Acho difícil ficar emocionalmente próximo de outras pessoas	1	2	3	4	5
Sugestões para melhorar o item:					

ANEXO F – International Trauma Questionnaire – versão em português brasileiro (ITQ-Br)

Questionário Internacional de Trauma (ITQ) **Questionário sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

Instruções: Por favor, identifique a experiência que mais lhe perturba e responda às questões a seguir relacionando-as com essa experiência.

Abaixo, há uma lista de problemas e queixas que as pessoas, às vezes, têm em resposta a experiências de vida traumáticas ou estressoras. Por favor, leia cada item cuidadosamente, e circule um dos números à direita para indicar o quanto esse problema tem lhe incomodado no último mês.

	<i>Nem um pouco</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderada- mente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extrema- mente</i>
1. Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	0	1	2	3	4
2. Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	0	1	2	3	4
3. Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0	1	2	3	4
4. Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0	1	2	3	4
5. Estar "hiper-alerta", vigilante ou em guarda?	0	1	2	3	4
6. Sentir-se sobressaltado ou facilmente assustado?	0	1	2	3	4

No último mês, os sintomas acima:

7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

Questionário Internacional de Trauma (ITQ)
Questionário sobre dificuldades na auto-organização

Abaixo, há problemas ou sintomas que as pessoas que passaram por eventos de vida traumáticos ou estressores, às vezes, experienciam. As questões se referem a como você tipicamente se sente, como você tipicamente pensa a respeito de si mesmo, e como você tipicamente se relaciona com outras pessoas. Responda às seguintes perguntas pensando no quão verdadeira cada afirmativa é para você.

<i>O quão verdadeiro isso é para você?</i>	<i>Nem um pouco</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
1. Quando estou chateado, demoro bastante tempo para me acalmar.	0	1	2	3	4
2. Sinto-me anestesiado ou emocionalmente desligado	0	1	2	3	4
3. Sinto-me um fracasso	0	1	2	3	4
4. Sinto-me sem valor	0	1	2	3	4
5. Sinto-me distante ou desconectado de outras pessoas	0	1	2	3	4
6. Acho difícil ficar emocionalmente próximo de outras pessoas	0	1	2	3	4

No último mês, os problemas emocionais, em crenças sobre você mesmo e nos seus relacionamentos listados acima:

7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

ANEXO G – Life Events Checklist (LEC-5) – versão modificada

LEC-5

A lista a seguir apresenta uma série de eventos difíceis ou traumatizantes que podem acontecer com as pessoas. Para cada evento marque uma ou mais opções para indicar se: (a) o evento aconteceu diretamente com você; (1) você presenciou o evento acontecer com outra pessoa; (2) você ficou sabendo que o evento aconteceu com um membro próximo da sua família ou um amigo próximo; (3) você foi exposto ao evento como parte do seu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista); (4) você não tem certeza se o evento se encaixa nas opções anteriores; ou (5) não se aplica a você.

Certifique-se de considerar a sua vida inteira (desde a infância até a idade adulta) ao responder a lista de eventos.

<i>Evento</i>	<i>Aconteceu comigo</i>	<i>Presenciei</i>	<i>Fiquei sabendo</i>	<i>Parte do meu trabalho</i>	<i>Não tenho certeza</i>	<i>Não se aplica</i>
1. Desastre natural (por exemplo, enchente, deslizamento de terra, desabamento).						
2. Incêndio ou explosão.						
3. Acidente com meio de transporte (por exemplo, acidente de carro, barco, trem, avião).						
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade de lazer.						
5. Exposição à substância tóxica (por exemplo, produtos químicos perigosos, radiação).						
6. Agressão física (por exemplo, ser atacado fisicamente, apanhar, levar tapas, ser chutado, ser espancado).						
6.1 Abuso físico na infância (antes dos 18 anos, algum cuidador, como pais ou professores, bateu, socou ou machucou você)						
7. Agressão com arma (por exemplo, levar um tiro, ser esfaqueado, ser ameaçado com faca, arma de fogo ou bomba).						
8. Agressão sexual (estupro, tentativa de estupro, ser obrigado a fazer qualquer tipo de ato sexual à força ou sob ameaça de agressão).						
8.1. Abuso sexual na infância (antes dos 18 anos, um cuidador, como pais ou professores, tocou em você inapropriadamente ou lhe agrediu sexualmente)						
9. Outras experiências sexuais indesejadas ou não consentidas.						
10. Combate ou exposição a uma área de guerra ou de conflitos urbanos violentos (como militar ou como civil).						
11. Ser mantido em cativeiro (por exemplo, ser						

raptado, sequestrado, ser mantido como refém ou prisioneiro de guerra).						
12. Doença, ferimento ou lesão com risco de morte.						
13. Experiência de sofrimento físico grave ou intenso.						
14. Morte violenta inesperada (por exemplo, homicídio, suicídio).						
15. Morte acidental inesperada.						
16. Lesão grave, ferimento ou morte que você causou a alguém.						
17. Qualquer outro evento ou experiência muito traumatizante. 17.1 Negligência (antes dos 18 anos, algum cuidador, como pais ou professores, não lhe vestiu, alimentou, ou cuidou de você quando você estava doente).						

ANEXO H – Posttraumatic Symptom Checklist (PCL-5)

Parte 3 - PCL-5: A seguir é apresentada uma lista de dificuldades que as pessoas podem enfrentar após vivenciar uma experiência muito traumatizante. Mantendo o seu pior evento em mente, por favor, leia cuidadosamente cada uma das dificuldades e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem se sentido incomodado por essa dificuldade no último mês.

No último mês, quanto você se sentiu incomodado por:	Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças repetidas, perturbadoras e involuntárias da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores referentes à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
3. De repente, se sentir ou agir como se a experiência traumatizante estivesse realmente acontecendo de novo (como se você estivesse lá de volta revivendo a situação).	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
5. Apresentar reações físicas intensas quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante (por exemplo, coração bater forte, dificuldades para respirar, suor excessivo).	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
7. Evitar algo ou alguém que lembre você da experiência traumatizante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações).	0	1	2	3	4
8. Dificuldades de se lembrar de partes importantes da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: eu sou ruim, há algo muito errado comigo, não se pode confiar em ninguém, o mundo é um lugar muito perigoso).	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência traumatizante ou pelo que aconteceu depois de tal experiência.	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava gostar.	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos afetuosos pelas pessoas próximas a você).	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva, ou agir de forma agressiva.	0	1	2	3	4
16. Arriscar-se muito ou fazer coisas que podem causar algum mal a você.	0	1	2	3	4
17. Estar "superalerta" ou hipervigilante.	0	1	2	3	4
18. Sentir-se sobressaltado ou assustar-se facilmente.	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar.	0	1	2	3	4
20. Dificuldades para "pegar no sono" ou para permanecer dormindo.	0	1	2	3	4

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD
PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD
Traduzido e adaptado (18/10/15) por Lima, Vasconcelos, Berger, Kristensen, Nascimento, Figueira, & Mendlowicz.

ANEXO I – Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE (PHQ-9)

Nome:	Data: __/__/__
-------	----------------

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "X")

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo/a - ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto - estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que o costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
Soma individual				
			Ecore total	

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas:

Nenhuma dificuldade ☐	Alguma dificuldade ☐	Muita dificuldade ☐	Extrema dificuldade ☐
---	--	---	---

Desenvolvido pelos Drs. Roberto L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir

ANEXO J – Difficulties in Emotional Regulation Scaler (DERS)

ESCALA DE DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL (DERS)

	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Percebo com clareza os meus sentimentos.					
2. Presto atenção a como me sinto.					
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controle.					
4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.					
5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.					
6. Estou atenta aos meus sentimentos.					
7. Sei exatamente como estou me sentindo.					
8. Interesse-me com aquilo que estou sentindo.					
9. Estou confusa sobre como me sinto.					
10. Quando não estou bem, percebo as minhas emoções.					
11. Quando não estou bem, fico zangada comigo mesmo por me sentir assim.					
12. Quando não estou bem, fico envergonhada por me sentir assim.					
13. Quando não estou bem, tenho dificuldade em realizar tarefas.					
14. Quando não estou bem, fico fora de controle.					
15. Quando não estou bem, penso que vou me sentir assim por muito tempo.					
16. Quando não estou bem, penso que vou acabar me sentindo muito deprimida.					
17. Quando não estou bem, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.					
18. Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me em outras coisas.					
19. Quando não estou bem, sinto-me fora de controle.					
20. Quando não estou bem, continuo a conseguir fazer coisas.					
21. Quando não estou bem, sinto-me envergonhada de mim mesma por me sentir assim.					
22. Quando não estou bem, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.					
23. Quando não estou bem, sinto que sou fraca.					
24. Quando não estou bem, sinto que consigo manter o controle dos meus comportamentos.					

25. Quando não estou bem, sinto-me culpada por me sentir assim.					
26. Quando não estou bem, tenho dificuldade em me concentrar.					
27. Quando não estou bem, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.					
28. Quando não estou bem, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.					
29. Quando não estou bem, fico irritada comigo mesma por me sentir assim.					
30. Quando não estou bem, começo a sentir-me muito mal comigo mesma.					
31. Quando não estou bem, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.					
32. Quando não estou bem, eu perco o controle dos meus comportamentos.					
33. Quando não estou bem, tenho dificuldade em pensar em outra coisa qualquer.					
34. Quando não estou bem, dedico algum tempo a entender aquilo que realmente estou sentindo.					
35. Quando não estou bem, demoro muito tempo até me sentir melhor.					
36. Quando não estou bem, as minhas emoções parecem avassaladoras.					

ANEXO L – Dissociative Experience Scale (DES)

ESCALA DE EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS

INSTRUÇÕES

Este questionário contém 28 perguntas sobre experiências que você pode ter no seu dia-a-dia. Nós estamos interessados no quanto você tem essas experiências quando você não está sob efeito de álcool ou drogas. Para responder a essas perguntas, por favor, circule um número para mostrar o quanto a situação descrita na pergunta ocorre com você. Circule o "0" se a situação nunca acontece. Circule o "10" se ela sempre acontece. Se ela acontece às vezes, mas não sempre, circule o número de "1" a "9" que melhor indique o quanto a situação ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (sempre)

1. Algumas pessoas, às vezes, estão dirigindo ou passeando de carro ou ônibus ou metrô e, de repente, percebem que não se lembram do que aconteceu durante toda ou parte da viagem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Algumas pessoas, às vezes, estão escutando alguém falar e, de repente, percebem que não ouviram parte ou tudo do que foi dito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar e não sabem como chegaram lá. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Algumas pessoas, às vezes, dão-se conta de estarem vestidas com roupas que não lembram ter colocado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Algumas pessoas, às vezes, encontram objetos novos entre suas coisas que não lembram ter comprado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Algumas pessoas, às vezes, são abordadas por outras pessoas que elas não conhecem e que as chamam por outro nome ou insistem que já encontraram com elas antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se estivessem ao lado delas próprias ou observando a si mesmas. Ou seja, elas realmente se vêem como se estivessem olhando para outra pessoa. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Algumas pessoas são informadas de que elas, às vezes, não reconhecem amigos ou membros da família. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Algumas pessoas não se lembram de alguns eventos importantes de suas vidas (por exemplo, um casamento ou formatura). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Algumas pessoas, às vezes, são acusadas de mentir quando elas acham que não mentiram. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Algumas pessoas, às vezes, olham-se no espelho e não se reconhecem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Algumas pessoas, às vezes, sentem que as outras pessoas, as coisas e o mundo em volta delas não são reais. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Algumas pessoas, às vezes, sentem que seu corpo não parece pertencer a elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Algumas pessoas, às vezes, recordam um acontecimento passado tão nitidamente ou intensamente que elas sentem como se estivessem revivendo este acontecimento. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se algumas coisas realmente aconteceram com elas ou se elas apenas sonharam com estas coisas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar bem conhecido, mas acham que nunca estiveram ali antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Algumas pessoas estão assistindo à televisão ou a um filme e ficam tão envolvidas com a história que não percebem os acontecimentos ao seu redor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Algumas pessoas ficam tão envolvidas numa fantasia ou sonhando acordadas que sentem como se isto estivesse realmente acontecendo com elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Algumas pessoas, às vezes, são capazes de não sentir dor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Algumas pessoas, às vezes, ficam sentadas olhando para o nada, pensando em nada, e não percebem a passagem do tempo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Algumas pessoas, às vezes, quando estão sozinhas, falam em voz alta consigo mesmas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se fossem duas pessoas diferentes, porque mudam muito seu comportamento de uma situação para outra. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Algumas pessoas, em algumas situações, são capazes de fazer com muita facilidade aquilo que normalmente seria difícil para elas (por exemplo, esportes, trabalho, situações sociais, etc). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se fizeram alguma coisa ou só pensaram ter feito aquela coisa (por exemplo, não saber se elas enviaram uma carta ou apenas pensaram em enviá-la). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Algumas pessoas encontram evidências de terem feito coisas que elas não se lembram de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Algumas pessoas, às vezes, encontram papéis escritos, desenhos ou notas entre as suas coisas que elas provavelmente fizeram, mas não conseguem se lembrar de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Algumas pessoas, às vezes, ouvem vozes dentro de suas cabeças que falam para elas fazerem coisas ou comentam sobre coisas que elas estão fazendo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Algumas pessoas, às vezes, ao olhar ao redor, sentem como se tudo estivesse embaçado, de tal forma que as pessoas e as coisas parecem estar longe ou pouco nítidas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO M – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

QUESTI

Identificação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível.

Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

Se você desejar mudar sua resposta, coloque um **X** na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	☐	☐	☐	☐	☐
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eu tive que usar roupas sujas.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eu me senti amado (a).	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	☐	☐	☐	☐	☐
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eu tive uma ótima infância.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	☐	☐	☐	☐	☐
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eu tive a melhor família do mundo.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Alguém me molestou.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	☐	☐	☐	☐	☐



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br