

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
CURSO DE MESTRADO

LUCIANA TERRA DE OLIVEIRA

UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O VÍNCULO PARENTAL
E A TRANFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

Porto Alegre, 2008

LUCIANA TERRA DE OLIVEIRA

**UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O VÍNCULO PARENTAL
E A TRANFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Orientadora

Porto Alegre, 2008

Catálogo-na-Publicação

048 Oliveira, Luciana Terra de

Um estudo da relação entre o vínculo parental e a transferência em psicoterapia psicanalítica / Luciana Terra de Oliveira. – 2008.
81 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

1. Transferência (Psicologia) 2. Psicoterapia 3. Terapia psicanalítica
4. Vínculo parental I. Ceitlin, Lúcia Helena Freitas II. Título

NLM WM 62

(Bibliotecária responsável: Lenise Di Domenico Colpo - CRB-10/1757)

Para

Milton Terra de Oliveira

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dr. Lúcia Helena Freitas Ceitlin, minha orientadora, pelo estímulo em pesquisar em psicanálise e principalmente pelo interesse especial no tema deste estudo.

À Letícia Kruel, pela ajuda incansável com os instrumentos de pesquisa e aos estudantes de Medicina que participaram deste estudo, por sua colaboração organizada e eficiente.

Ao professor Sidnei Schestatsky pela sabedoria e apoio. Aos Drs. Cláudio Abuchaim e Cláudio Osório pela disponibilidade e conselhos didáticos.

Em especial, a Simone Hauck, amiga, fiel companheira de pesquisa pelo exemplo a ser seguido e apoio incondicional.

Ao Departamento e Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal, ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professores e funcionários pelo apoio na realização deste trabalho. Aos pacientes e terapeutas, por sua disponibilidade e boa vontade em participar.

Aos meus pais: Jussara e Luiz Carlos sempre dedicados, pelo suporte, confiança e compreensão e principalmente, por me incentivarem a perseguir meus sonhos. A minha dinda, meu modelo, meu profundo reconhecimento e admiração.

RESUMO

Introdução: É consenso entre os psicanalistas e psicoterapeutas psicanalíticos que a transferência é um elemento central em qualquer forma de psicoterapia. O conceito de transferência, ao longo do tempo, vem se desenvolvendo e mudando. Atualmente ele se refere aos pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos que emergem na relação terapêutica e refletem a personalidade e o funcionamento interpessoal do paciente. A maneira com que o indivíduo se relacionou na infância com pessoas significativas cria modelos de relacionamento que são internalizados e ficam povoando seu mundo interno, servindo de modelo para as relações futuras com o mundo externo. Processos inconscientes do paciente transferem para os outros (incluindo psicoterapeutas) sentimentos e atitudes originalmente associados às figuras importantes do início da sua vida. O estudo da associação entre o modo com que a criança percebeu e vivenciou a relação com seus pais na infância e a maneira com que ela se relaciona atualmente com outras pessoas poderia esclarecer o impacto das relações precoces no desenvolvimento da personalidade e suas implicações no comportamento do sujeito.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo geral investigar a associação entre o vínculo parental percebido pelo paciente e a transferência realizada com o terapeuta em uma amostra de pacientes em psicoterapia psicanalítica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil. Os objetivos específicos são avaliar a frequência dos diferentes tipos de vínculo parental e realizar análise fatorial confirmatória do Parental Bonding Instrument para verificar se esta escala mede dois ou três fatores, já que há uma ampla discussão na literatura sobre diferentes fatores estruturais do PBI.

Método: Foram incluídos neste estudo todos pacientes adultos (maiores de dezoito anos), em tratamento psicoterápico no Programa de Psicoterapia Psicanalítica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) durante o ano de 2005 e primeiro semestre de 2006. A avaliação diagnóstica foi realizada pelos terapeutas através de entrevista clínica por ocasião de ingresso no programa. As entrevistas clínicas foram supervisionadas por médicos psiquiatras, psicoterapeutas com experiência de 15 anos em psicoterapia psicanalítica. Para medir o fator em estudo, o vínculo parental, foi aplicado o *Parental Bonding Instrument- PBI* e para medir o desfecho, transferência, foi aplicado o *Relationship Patterns Questionnaire – RPQ*. As variáveis para controle de interesse deste estudo foram variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas: tempo e frequência de tratamento psicoterápico, tratamento psicoterápico prévio, sintomas não psicóticos, mecanismos de defesa (medidos pelo DSQ-40), gênero da dupla terapêutica e diagnóstico clínico (DSM-IV). O tamanho da amostra foi calculado, para assegurar um poder estatístico de 80% (n= 63) para detectar correlações fracas a moderadas ($r > 0,3$). A análise dos dados foi feita no programa estatístico SPSS14 e as correlações foram analisadas pelo teste de Pearson. As variáveis que apresentaram um valor de $p \leq 0.2$ em relação ao

desfecho foram controladas em um modelo de regressão linear. A análise fatorial confirmatória do PBI foi feita com uma amostra de 257 mulheres adultas realizada pelo programa Amos 5.0.1 software. Destas, 139 eram pacientes recrutadas de diferentes Ambulatórios do Serviço de Psiquiatria do HCPA e 118 controles, selecionados entre funcionários do HCPA e estudantes de medicina ou de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O método de máxima verossimilhança foi utilizado para comparar cinco diferentes estruturas fatoriais do PBI em termos de ajuste do modelo, seguindo modelo de estudo realizado por Sato et al (1999).

Resultados: Em relação aos objetivos específicos verificou-se que o tipo de vínculo parental mais freqüente, segundo Parker, tanto para pai como para mãe foi o tipo 3, (vínculo com controle, sem afeto) e os resultados da análise fatorial do PBI sugeriram que o modelo estrutural de três fatores é preferível em relação ao de dois fatores. Já que, os valores do χ^2 para o modelo de dois fatores proposto por Parker foram significativamente maiores do que os dos quatro modelos de três fatores utilizados na comparação e o modelo Parker obteve também o menor valor de GFI (goodness-of-fit index) tanto para pai como para mãe (GFI= 0.740, GFI=0.771). Como resultado principal encontrou-se associação estatisticamente significativa somente entre o vínculo paterno e alguns padrões de transferência: amor, submissão e imposição. Quanto mais o paciente percebe seu pai como afetivo maior é o comportamento amoroso com o terapeuta ($p=0,048$; $b=,252$); também observou-se correlação inversa estatisticamente significativa entre a escala de imposição e o afeto paterno, ou seja, quanto mais o paciente percebe seu pai como afetivo menor é sua percepção de comportamento impositivo do terapeuta com ele ($p=0,049$; $b=-,251$) e quanto mais o paciente percebe seu pai como alguém que o encoraja a ter comportamento de liberdade menor é sua percepção de que o terapeuta reage de maneira submissa à ele ($p=0,010$; $b=-,351$).

Conclusões: A análise fatorial do PBI, embora realizada em uma amostra apenas de pacientes mulheres, forneceu resultados semelhantes aos descritos na literatura, colaborando para melhor entendimento sobre a estrutura do instrumento em nosso meio. Foram realizadas pesquisas no Pubmed e no PsychInfo e não encontrou-se nenhum estudo quantitativo de associação entre o vínculo parental e a transferência. Os resultados encontrados reforçam a importância da qualidade do vínculo com o pai na infância na construção de padrões de relacionamentos, especialmente na relação terapêutica. A importância da identificação do terapeuta com a função paterna poderia auxiliar na compreensão da transferência-contratransferência e em um entendimento mais acurado do paciente.

Palavras-chave: vínculo parental, transferência, psicoterapia psicanalítica, Parental Bonding Instrument (PBI), análise fatorial confirmatória.

ABSTRACT

Introduction: It is of consensus among psychoanalysts and psychotherapists that transference is a central element in any kind of psychotherapy. The concept of counter transference has been developing as well as changing over time. Transference is currently understood as something that refers to thoughts, feelings, motivations and behaviours that emerge during the course of the therapeutically relationship. Transferential feelings reflect both the personality and the interpersonal behaviour of the patient towards. The way individuals related to important figures during their childhood creates models of relationship that are internalized and become part of the internal world of those individuals; patterns which will serve as models in future relationships established with the outside world. Unconscious processes Feelings and attitudes that were originally associated to important figures of the patients early years are transferred to other people – including psychotherapists- through unconscious processes. The study of the correlation between the way a child has perceived and lived his/her relationship with his/her parents during childhood and the way this person now relates to others may clarify the impact of relationships established at an early age on the development of one's personality and its implications on ones behaviour.

Objectives: The aim of this study is to investigate the correlation between the parental bonding perceived by the patients and the transference related to the therapist in a patients sample who were assessed by the Programme on Psychoanalytical Psychotherapy from Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil. Specifics aims are evaluating the frequency of different types of parental bonding and performing a confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument (PBI) in our environment through a confirmatory factor analysis. We wish to verify whether this scale measures two or three factors given that there is wide discussion on the different structural factors of the PBI.

Methods: Adult patients (above eighteen years of age) undergoing psychotherapy at the Psychoanalytical Psychotherapy Programme at Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) during 2005 and the first half of 2006 were included in this research. The diagnostic evaluation was made by therapists through clinical interviews once the patients joined the programme at the HCPA. The interviews were supervised by psychiatrists, psychotherapists with at least 15 years of experience. The instrument used to measure parental bond was the *Parental Bonding Instrument (PBI)*, and *Relationship Patterns Questionnaire (RPQ)* was used to measure transference. The other controlled variables were sociodemographic variables and clinical variables as follows: length and frequency of the treatment, previous psychotherapeutic treatment, non-psychotic symptoms, defense mechanisms (DSQ-40), gender of the therapeutic dyad, and diagnosis (DSM-IV). The size of the sample was chosen in order to guarantee statistical power of 80% ($n = 63$) and the ability to detect weak and moderate correlations ($r > 0,3$). The analysis of the data was performed using the SPSS14 software and the correlations were analyzed using the Pearson's test. The variables that presented a p value ≤ 0.2 regarding the outcome (transference) were

controlled in a linear regression model. The confirmatory factorial analysis of the PBI was made on a sample of 257 adult women. Among them, 139 were patients who were recruited from different ambulatories from the Psychiatric Service of HCPA and 118 were controls who were selected among employees of the HCPA, medical students and students of psychology. The method of maximum likelihood was used to compare five different factorial structures of the PBI, according to Sato's study (1999).

Results: The most frequent parenting style, according to Parker et al. (1979), either for father or mother, was type 3 (control without affection) and the results of the factor analysis of the PBI suggest that the structural model of three factors is preferable if compared to the structural model of two factors only. This is so for a number of reasons. First, because the values found for χ^2 for the two factors model proposed by Parker were significantly higher than the values found in the four models of three factors which were used in order to establish a comparison. Three factor models have also obtained the lower GFI value (goodness- of -fit index) for both fathers and mothers (GFI = 0.740, GFI=0.771). As main aim meaningful association has been found only amongst paternal bonding and some other patterns of transference such as love, submission and imposition. The more the patient perceives his/her father as affectionate, the more affectionate is his/her behavior towards the therapist ($p=0.048$; $b=.252$). A significant inverse correlation between the imposition scale and paternal affection has also been noticed. That means that the more affectionate one thought his/her father was, the less likely he/she was to perceive the impositive behaviour of the therapist towards him/her ($p = 0.049$; $b = -.251$). The more one thinks of his/her father as someone who encourages him/her to behave freely, the less likely is the patient to perceive that his/her therapist reacts in a submissive manner toward him/her ($p= 0,010$; $b= - .351$).

Conclusions: Even though the factorial analysis of the Parental Bonding Instrument (PBI) was only performed in women patients it has provided similar results to those found in the literature, leading, therefore, to a better understanding of the tool. Searches on PubMed and PsycholInfo were not able to find any quantitative study that related transference to parental bond. In the present study, we tried to find an association between the patient's parenting style and the transference developed during the therapeutic relationship. The results found make us reflect on the importance of the quality of the bond one experiences with one's father at childhood and its impact on the construction of relationship patterns, specially the relationships established on the therapeutic setting. Therefore, the ability of the therapist to identify with the paternal role may be help him/her when it comes to understanding transference and counter transference. It may also lead to a more accurate understanding of the patient.

Keywords: Parental bond, transference, psychoanalytical psychotherapy, Parental Bonding Instrument (PBI), confirmatory factor analysis.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Análise fatorial confirmatória do Parental Bonding Instrument em uma população de mulheres brasileiras

Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a female Brazilian population

Tabela 1 Modelos fatoriais do PBI em estudos prévios37
Factor models of the PBI in previous studies

Tabela 2. Ajustamentos fornecidos pelos modelos propostos38
Fits provided by the competing factor models

Tabela 3. Invariância dos modelos propostos nos subgrupos.....39
Invariance of the competing models across subgroups

ARTIGO 2

Associação entre o vínculo parental e a transferência desenvolvida com o terapeuta: um estudo quantitativo

Association between parenting style and relationship patterns with the therapist : a quantitative study

Tabela 1. Frequência de vínculo parental, segundo Parker (1979).....58
Frequency of the parental bond according to Parker (1979)

Tabela 2. Correlações entre vínculo parental materno segundo Murphy (1997) x transferência.....59
Correlations between maternal parenting style according to Murphy (1997) x transference

Tabela 3. Correlações entre vínculo parental paterno segundo Murphy (1997) x transferência.....	60
<i>Correlations between paternal parenting style according to Murphy (1997) x transference</i>	

LISTA DE ABREVIATURAS

AGFI	<i>Adjusted-Goodness-Of-Fit Index</i>
DSM	<i>Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders</i>
DSQ-40	<i>Defense Style Questionnaire – Versão De 40 Questões</i>
GFI	<i>Goodness-Of-Fit Index</i>
GPPG	<i>Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação</i>
HCPA	<i>Hospital de Clínicas De Porto Alegre</i>
MINI	<i>The Mini-International Neuropsychiatric Interview</i>
PBI	<i>Parental Bonding Instrument</i>
RPQ	<i>Relationship Patterns Questionnaire</i>
TLI	<i>Tucker- Lewis- Index</i>
UFRGS	<i>Universidade Federal do Rio Grande Do Sul</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERÊNCIAS	20
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
5 ARTIGO 1.....	25
6 ARTIGO 2.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
APÊNDICE A- Formulário de Pesquisa.....	65
APÊNDICE B- Termo de consentimento Livre e Escalarecido.....	66
APÊNDICE C- Apresentação de Resultados Parciais em Congresso	67
ANEXO A- Parental Bonding Instrument (PBI).....	68
ANEXO B- Relationship Patterns Questionnaire (RPQ).....	70
ANEXO C- Defense Style Questionnaire (DSQ- 40).....	79

1 INTRODUÇÃO

A psicanálise, assim como outras ciências, tem mudado com o passar do tempo. As buscas psicanalíticas procuram maneiras de trazer maior profundidade conceitual e validade empírica à novas idéias (BERNARDI, 2005). A ciência psicanalítica necessita da pesquisa para continuar produzindo conhecimento e não se estagnar em fórmulas repetitivas (EIZIRIK, 2006).

Eizirik (2006) faz uma distinção entre pesquisa psicanalítica propriamente dita e pesquisa em psicanálise. A primeira é efetuada com o método psicanalítico em si, dentro da sessão ou do processo analítico. A segunda usa conceitos psicanalíticos e os diferentes métodos de investigação para testá-los ou aplicá-los em outros cenários clínicos ou teóricos.

A relevância da pesquisa conceitual em psicanálise vem constantemente aumentando (LEUZINGER-BOHLEBER; FISCHMANN, 2006). Sobre, esta modalidade de pesquisa, Eizirik (2006, p.174) diz: “[...] a pesquisa conceitual, que tem recebido atenção crescente, permite refinar, precisar e examinar com minúcia o desenvolvimento e a transformação de conceitos e suas complexas interações com os sistemas teóricos que habitam ou co-habitam.” No entanto, uma das áreas mais amplamente contempladas em pesquisas em psicanálise ainda é a de estudos de efetividade.

Apesar de sua popularidade, a teoria analítica somente recentemente recebeu suporte empírico. Principalmente em conceitos fundamentais da teoria analítica

(inconsciente, defesas, relações de objeto) e de tratamentos psicodinâmicos (transferência, contratransferência, interpretações, resistência) (LUBORSKY; BARRETT, 2006). Tais estudos, empíricos, permitem um diálogo mais amplo com a psiquiatria baseada em evidências (EIZIRIK, 2006).

Partindo desta contextualização sobre a pesquisa em psicanálise, passa-se a tratar dos conceitos envolvidos no presente estudo: transferência e vínculo parental.

É consenso entre os psicanalistas e psicoterapeutas de orientação analítica que a transferência é um elemento central em qualquer forma de psicoterapia (TYSON; EIZIRIK, 2005). Zimerman (1999, p. 331) coloca que, de forma bastante genérica, o fenômeno transferencial é:

O conjunto de todas as formas pelas quais o paciente vivencia com a pessoa do psicanalista, na experiência emocional da relação analítica, todas as “representações” que ele tem de seu próprio *self*, as “relações objetais” que habitam seu psiquismo e os conteúdos psíquicos que estão organizados como “fantasias inconscientes”, com as respectivas distorções perceptivas, de modo a permitir “interpretações” do psicanalista, as quais possibilitem a integração do presente com o passado [...]. (p.331)

Para Laplanche e Pontalis (2000, p. 514) a transferência seria, em psicanálise, “O processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles, e eminentemente, no quadro da relação analítica.”

O entendimento e a análise dos fenômenos da transferência são considerados pelos psicanalistas como o centro de sua técnica de tratamento. Este conceito

também é amplamente utilizado fora da psicanálise, numa tentativa de compreender os relacionamentos humanos em geral. A transferência, juntamente com resistência e a interpretação constitui o tripé fundamental da prática da psicanálise (ZIMERMAN, 1999).

O termo transferência foi empregado por Freud (1895, p. 360), pela primeira vez, em 1895 em *Estudos sobre a Histeria*, ao tentar obter de suas pacientes associações de palavras, na tentativa de que através destas fosse possível estabelecer uma ligação entre os sintomas e sentimentos atuais com suas experiências passadas. Freud observou que havia mudanças de atitudes dos pacientes em relação a ele no decorrer do tratamento, essas mudanças envolviam intensas emoções que podiam causar uma interrupção no processo de associação verbal e conseqüentemente uma resistência ao tratamento. Ele concluiu que a transferência se dá por meio de uma falsa ligação e descreveu o caso de uma paciente em que a origem de um sintoma histérico específico estava num desejo, que ela tivera muitos anos antes e que estava inconsciente. O desejo era de que um homem com quem conversava na ocasião ousasse tomar a iniciativa de lhe dar um beijo. Num determinado momento, ao término de uma sessão com Freud a paciente sentiu o mesmo desejo em relação a ele.

Em 1905, Freud (1905) definiu que a transferência seria toda uma série de experiências psicológicas que seriam revividas não como pertencente ao passado, mas aplicada à pessoa do médico no momento atual.

Que são transferências? São as novas edições ou fac-símiles dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise". "É renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente" (p. 113).

Em 1909, em *O Homem dos Ratos*, a transferência é vista, por Freud (1909), como um caminho penoso, mas necessário para que o paciente revivesse os conflitos com o pai morto. Assim, Freud faz a primeira referência da transferência como um agente terapêutico. Em a dinâmica da transferência (1912) Freud coloca que cada indivíduo pode ser compreendido, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos de vida. Isto resultaria em um clichê estereotípico, que é constantemente repetido, reimpresso no decorrer da vida da pessoa. A transferência seria exatamente a repetição desses protótipos infantis só que vivida com um sentimento de atualidade (FREUD, 1912).

Sendo transferência um fragmento de reedição, de algo não recordado, que se repete na relação transferencial, essa repetição, pode ser observada, no comportamento humano, como uma forma de atuar o que não pode ser lembrado nem integrado ao sistema consciente, estabelecendo assim um padrão de funcionamento singular a cada pessoa. Freud, em 1914 postula que somente a repetição na transferência pode libertar as lembranças reprimidas e assim evitar uma eterna compulsão a repetição (FREUD, 1914).

A partir de 1923, Freud ampliou bastante o conceito de transferência de forma a incluir na transferência não unicamente a repetição das lembranças e pulsões reprimidas, mas também inclui a participação de figuras superegóicas e dos mecanismos de defesa do ego (FREUD, 1923).

Eizirik e Hauck (2008, p. 157) colocam de maneira bastante clara a importância da transferência no processo terapêutico quando a conceituam como “Uma reedição

com o analista das relações com objetos do passado” ou “reencenação das relações entre objetos do mundo interno e o *self*”. (p. 157) Esses objetos são representações das relações originais, primeiros vínculos e configuram o mundo interno do paciente, resultando na maneira que este se relaciona com o mundo e conseqüentemente com o analista.

A transferência pertence á realidade psíquica, à fantasia, e não a realidade fática. Os sentimentos, impulsos, desejos que surgem no momento atual e em relação a uma determinada pessoa (objeto) podem ser explicados se referidos ao passado e não em termos reais dessa relação (ETCHEGOYEN, 2004).

Freud, em 1905, coloca que o tratamento não cria a transferência, mas descobre. A transferência não é efeito da análise, mas antes a análise é o método que se ocupa de descobrir e analisar a transferência (FREUD, 1905). A transferência é um processo regressivo, uma vez que o paciente revive com o analista situações fantasias de sua infância (WAELDER, 1956).

É dentro do contexto, no qual a transferência seria uma revivência de protótipos infantis, que está a importância da associação desta com o modo que o indivíduo se relacionou com os pais na infância. A maneira dele perceber a realidade e a si mesmo depende das relações que estabeleceu na infância com seus cuidadores e outras pessoas significativas. Esses modelos de relacionamento (as pessoas, chamadas de objetos, e os sentimentos associados) são internalizados e ficam “povoando o mundo interno do indivíduo”, servindo de modelo para todas as relações futuras com o mundo externo (BLEICHMAR ; BLEICHMAR, 1992).

Em princípio os adultos, a partir das vivências infantis, poderão trazer consigo essa sensação de segurança e capacidade e sentirem-se aptos a cuidar de si mesmos (senso de autonomia). Mas alguns, por falhas no seu desenvolvimento, irão sentir-se inseguros ou ainda, por motivos complexos diversos, buscarão situações de risco.

Na década de setenta, a partir de estudos realizados em primatas, John Bowlby (1988) desenvolveu a teoria do apego (attachment theory) que considera a existência de um comportamento inato da criança de buscar o cuidador, principalmente em situações de medo e perigo. Esse comportamento predomina nos três primeiros anos de vida e ressurgem na vida adulta sempre que o indivíduo está doente, com medo ou em situações de mudança significativa. Além do comportamento da criança, a resposta dos pais no sentido de estarem atentos, disponíveis, sensíveis às necessidades da criança e confortando-os amorosamente em situações de medo em que ela busque proteção, sem limitar sua autonomia, seria crucial no desenvolvimento da personalidade. Os pais funcionariam como uma “base-segura”, resultando em segurança e competência para explorar e se relacionar com o mundo. O indivíduo se tornaria confiante e esperançoso, aumentando o esforço mediante falhas/obstáculos, sendo mais “resistente” a situações adversas, sentindo-se capaz de se ajudar e de ser ajudado (BOWLBY, 1977; BOWLBY, 1988; BOWLBY, 1984; STROUFE, 1985; STROUFE, 1983). Bowlby (1988) ainda salienta que existe uma forte evidência de que a forma pela qual o comportamento de apego se organiza depende, em alto grau, dos tipos de experiências que ele teve com sua família.

Os seres humanos desde o nascimento estariam particularmente atentos à reação do outro, uma vez que a espécie humana necessita, mais que as demais, do “outro” para sobreviver por um longo período. Manter o cuidador por perto é uma questão de sobrevivência para o ser humano (EIZIRIK; HAUCK, 2008).

Bowlby (1984) comenta que os psicanalistas são unânimes, em reconhecer a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica sua personalidade. A forma como agir frente ao sentimento de angústia, desespero ou solidão é fundamentalmente resultado da vivência inicial do sujeito (HAUCK, et al; 2007).

É importante salientar que dentro da psicanálise diferentes escolas tendem a enfatizar diferentes aspectos da transferência (SANDLER; DARE; HOLDER, 1973). Os autores psicanalíticos tem preconizado definições de transferência bastante diversas. O significado do termo varia conforme o contexto que é usado. Renovados questionamentos sobre o tema indagam se a figura do analista é uma mera *pantalha* para repetições de antigas relações objetais introjetadas, ou se este também se comportaria como uma pessoa real (ZIMERMAN, 1999). Seguindo essas indagações está o conceito de campo analítico (BARANGER; BARANGER, 1969). Este é definido como o conjunto da relação terapêutica e traz a noção de que existe entre analisando e analista, de forma manifesta ou latente, uma corrente transferencial contratransferencial. Esta sofre influências e efeitos recíprocos, sucessivas transformações em um continuo espiralar, constituindo um campo onde circulam necessidades, desejos, angústia, defesas, relações objetais. fazem parte do campo a “moldura espaço tempo”.

No entanto, a maioria dos autores parece concordar que a transferência é um elemento central em qualquer forma de psicoterapia e que o inconsciente do paciente estaria constantemente transferindo para outros (incluindo psicoterapeutas) sentimentos e atitudes que estavam originalmente associadas a essas figuras importantes do início da vida da pessoa. Nesta pesquisa, é importante salientar que este foi o aspecto da transferência focado.

2 REFERÊNCIAS

BARANGER, W.; BARANGER, M. *La situación analítica como campo dinámico: problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman, 1969.

BERNARDI, R. Um exemplo da evolução das idéias da psicanálise. In: *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 64-70.

BLEICHMAR, N. M.; BLEICHMAR, C. L. MELANIE KLEIN: a fantasia inconsciente como cenário da vida psíquica. In: BLEICHMAR, N.M.; BLEICHMAR CL. In: *A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 40-86.

BOWLBY, J. The making and beaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, v. 30, p. 201-210, 1977.

BOWLBY, J. Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, v. 145, n. 1, p. 1-10, 1988.

BOWLBY J. *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes, 1984. v. 1.

EIZIRIK, CL, HAUCK, S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 152-165.

EIZIRIK C. L. Psicanálise e pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-172, 2006.

ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria (1895). In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. v. 7, p. 360.

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. v.7, p.13-119.

_____. Cinco lições de psicanálise: Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1909). In: _____. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. v. 11. p. 13-46.

_____. A dinâmica da transferência (1912). In: _____. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969d. v.12. p.133-43.

_____. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: _____. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969e. v. 12. p. 197-8.

_____. O ego e o id (1923). In: _____. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969f. v. 20. p. 23-41.

HAUCK, S; SCHESTATSKY, S.; TERRA, L. et al. Parental bonding and emotional response to trauma: a study of rape victims. *Psychotherapy Research*, v.17, n. 1, p. 83-90, jan. 2007.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LEUZINGER-BOHLEBER, M.; FISCHMANN, T. What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 87, pt. 5, p.1355-1386, 2006.

LUBORSKY, L.; BARRETT, M. S. The history and empirical status of key psychoanalytic concepts. *Annu Rev Clin Psychol* v. 2, p. 1-19, 2006.

SANDLER, J.; DARE, C.; HOLDER, A. *O paciente e o analista: fundamentos do processo psicanalítico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

STROUFE, L. A. *Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament*. *Child Development*, v.56, p. 1-14, 1985.

STROUFE, L. A. *Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: the roots of maladaptation and competence*, in *Minnesota Symposium in Child Psychology*, 16, M. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1983.

TYSON, R.; EIZIRIK, C. L. Transferência. In: *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 287-299.

WAELDER, R. Introduction to discussion on problems of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 37, p. 367-368, 1956.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a associação entre o vínculo parental percebido pelo paciente e a transferência realizada com o terapeuta em uma amostra de pacientes em psicoterapia psicanalítica.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a frequência, segundo Parker (1979) dos diferentes tipos de vínculo parental nos pacientes em psicoterapia no Programa de Psicoterapia Psicanalítica do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

- Realizar análise fatorial confirmatória do Parental Bonding Instrument (PBI), em nosso meio em uma amostra de mulheres adultas.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação - Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 05-159.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ocasião de sua inclusão no estudo (APÊNDICE B).

Este projeto foi aprovado de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente, as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

5 ARTIGO 1

CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS OF THE PARENTAL BONDING INSTRUMENT IN A FEMALE BRAZILIAN POPULATION

L. Terra¹, S. Hauck², S. Schestatsky³, A. Fillipon⁴, P. Sanchez⁵, V. Hirakata⁶
and L.H. Ceitlin⁷

Artigo submetido para publicação no The Australian and New Zealand Journal
of Psychiatry

Data submissão: 12 fevereiro de 2008

1. Psychologist, Master student in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
2. Psychiatrist, PhD student in Psychiatry, UFRGS
3. Psychiatrist, Psychoanalist, Associate Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS and Psychiatry Service at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
4. Psychiatrist, Master student in Psychiatry, UFRGS
5. Psychiatrist, Master degree in Psychiatry
6. Statistic, Master degree in Epidemiology,
7. Psychiatrist, MPH, DPH, Associate Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS

Abstract

Background The Parental Bonding Instrument (PBI) is a widely used measure of parenting. Recent studies have proposed different factor structures. There is a disagreement in the literature about whether the PBI is best used as a two-factor or a three-factor measure.

Method Two hundred and fifty-seven female adults were recruited from a clinical population (139 psychiatric patients and 118 controls) and were requested to complete the PBI. Maximum likelihood confirmatory factor analyses were performed to compare the five different factor structures in terms of model-fit.

Results The poorest fit to the data was obtained by Parker's model. Kendler's model was the only model that produced the AGFI > 0.8 regarding both paternal and maternal PBI. When considering invariance of factor structure across age subgroups, Kendler's model was also the only acceptable model.

Conclusion Three-factor structures are preferable than two-factor structures. The Kendler's model was the only one to provide an acceptable fit; however, we have to consider that it was a female sample, and when considering gender subgroups other studies have found the same results. Despite the gender limitation, this study contributes to a better understanding and use of the PBI in Brazilian samples.

Keywords validation studies, parenting, parental bonding instrument, Brazil

INTRODUCTION

The Parental Bonding Instrument (PBI) [1] was designed with the purpose of measuring parental styles as remembered by the respondents during their first 16 years. The PBI is a Likert-like scale (0 to 3) comprising 25 items related to father and mother. These items are evaluated separately. The scale originally measures two factors: the first one is care (warmth, care versus coldness and rejection) and the second one is protection (control, intrusion versus encouragement of autonomy). Recently, a transcultural adaptation to the Brazilian Portuguese has been carried out [2]. The PBI is considered to be a more consistent measure used to check parental style either in clinical or in non-clinical samples [3]. The instrument has shown to be stable in the long-term in a cohort of 20 years, and mood and life experiences had a low impact on the stability in the perception of parental bond measured using the PBI [4]. During the last few decades, the PBI has become a very popular instrument among researchers due to the fact that it is a scale of fast administration, it is ease to be administered and the final score is simply calculated. It has been used in several studies that relate parental bond and psychology. However, many authors [5,6,7,8] have considered that the PBI measures three factors instead of two, as proposed by Parker et al. The second factor (protection) could be split in two other factors.

Two Factors

During the PBI process of evolution, Parker et al. [1] have found three factors in the structure of the instrument differently from the first versions of the PBI. However, they have chosen to use the two-factor structure based on the statistical

evidence that the variance calculated in the analysis of the third factor was relatively low and the items that would have a negative score on the second factor were likely to have a positive score on the third factor and vice versa, suggesting that these two factors could become only one factor. Another reason for the use of two factors would be that the contrast among the types of parental bond would be easily evaluated in a bidimensional model. Parker et al. have concluded that the other factors originated from the same source, that is, from the two main variables, and they have suggested a two-factor model: care and protection.

Mackinnon et al. [9] have conducted a study of the Australian population, and they have used the confirmatory analysis to find the two-factor model proposed by Parker et al. Other studies [10,11] have also demonstrated the two-factor structure, but these studies have calculated the agreement among the coefficients for both factors in different samples. However, calculating the coefficient for each one of the factor components in the model means that the extension of all factors as a whole in the model is being ignored.

Three Factors

In a study performed using the PBI in 2,147 Australian adolescents, Cubis et al. [5] have suggested that the three-factor model was the most adequate for their data. Gomez-Beneyto et al. [7] have identified a three-factor model in the Spanish version of the PBI, which was administered to 205 women. In both studies, the first factor proposed by Parker et al. as care was equally identified. As for the second factor (protection), the data were subdivided into two other factors, one factor was specifically related to the denial of psychological autonomy to the child and the other factor was related to the discouragement of behavioral freedom. These factors were

differently named in each one of the studies (Table 1). In the model proposed by Gomez-Beneyto, three questions have been excluded from the scale (10, 16, 23) because they did not reach the minimal score on any of the three factors proposed.

Murphy et al. [8] have carried out a study involving three different samples: 583 American college students of psychology, 117 British high school students, and 119 British medical students. The authors have found better adequacy of the PBI to a three-factor model. Murphy et al. have suggested that this model makes the differences among the groups more evident than in a two-factor model. The data analyzed using such a method would be more accurate and predictable. In the model proposed by Murphy et al., the item 10 was excluded from the scale because it did not show the minimal score in any of the three factors (Table 1). All these three-factor models have demonstrated differences regarding gender and age of the respondent, which has not been demonstrated in the two-factor model proposed by Parker et al [1].

Kendler [6] has suggested a three-factor model of the PBI, which comprised 16 items for epidemiological research (Table 1). The author has excluded some questions from the instrument because he has not considered them appropriate for the sample under study, and other questions have been eliminated (9,20,22,24,25) because they did not present the same classification proposed by the three-factor model [5]. Sato et al. [12] have administered the PBI to 418 Japanese workers, and have compared their data to the five models proposed (Parker, Cubis, Gomez-Beneyto, Murphy and Kendler), obtaining a better performance of the confirmatory analysis in Murphy's and Kendler's models. However, Kendler's model was better, since it has presented relative invariance in the subgroups regarding gender and

age. Recently, Cox et al. [13] have conducted a study of the National Comorbidity Survey in a psychiatric sample, and they have also found that of the five models proposed, the one that best adapted to the data analysis, was the model proposed by Kendler. This model seems to be relatively invariant regarding gender and age. Taking into consideration the importance of this questionnaire, which have been widely used in many countries, and has also been recently administered in Brazil after being transculturally adapted, the objective of this study is to perform maximum likelihood confirmatory factor analyses to compare the five different factors structure of the PBI in terms of model-fit in a female Brazilian population.

METHOD

Sample

The sample comprised 257 female adults (mean age = 32.47 years, SD= 15.64). One hundred and thirty-nine of them were outpatients referred for psychiatric treatment at the university hospital located in Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brazil, and 118 were controls selected among the employees of the HCPA and medical students or students of psychology of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Diagnoses were made according to the DSM-IV-TR criteria [14] by a psychiatrist who was under supervision by an experienced psychiatrist. Regarding the controls, the absence of diagnosis was investigated using the Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI [15]. The subjects completed the Brazilian Version of the PBI [2]. Of the 257 subjects, 250 completed the PBI for

mother and 241 completed the PBI for father. All patients gave informed written consent so that the information they provided could be used for research purposes. The present study was approved by the local Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), according to the International and National Guidelines and Norms, specifically the Resolution 196/96 and the complementary resolutions of the National Health Council.

Analysis

The whole confirmatory analysis was conducted using Amos 5.0.1 software. Data on paternal and maternal PBI were analyzed separately throughout this study. The five different factor models (Table 1) were compared to each other in terms of model fit. For each model tested, the following criteria were used for evaluation: the chi-square goodness-of-fit index (GFI) [16], the adjusted-goodness-of-fit index (AGFI) [16], the Tucker-Lewis-Index (TLI) [17]. The following criteria were used to indicate the goodness-of-fit for a particular model [18, 19, 20]: GFI > 0.85; AGFI > 0.80, TLI > 0.90. Non-significance of the chi-square statistical test indicates a good fit. However, this statistical test is sensitive to the sample size; it should, therefore, be used with caution, since good-fitting models can fail to reach non-significant levels, especially if the sample size is quite large ($N > 200$) [20]. The TLI is believed to be relatively independent on sample size [20]. The invariance of the five competing factor models was investigated across younger and older subgroups. In the analysis, the hypothesis that only a similar factor structure is invariant across the subgroups tested was raised. This procedure was employed in Sato et al.'s [12] study of Japanese non-clinical adults.

RESULTS

Breakdown of primary diagnosis was mood disorders (22.5%), of which 17.1% was major depressive disorders and 5.4% was bipolar disorder, followed by eating disorders (8.9%), anxiety disorders (6.6%), major depressive disorders in comorbidity with anxiety (5.8%). Personality disorder was 10.1% (all borderline cases), and 45.91% of the sample had no axis I and II diagnoses (controls).

Table 2 presents the results of the confirmatory factor analysis for each one of the five models. Parker's two-factor model produced the smallest values of the GFI and the AGFI regarding both paternal and maternal PBI, compared with the other four three-factor models.

The AGFI was 0.692 with respect to the paternal PBI and 0.729 regarding the maternal PBI, indicating an insufficient fit. The chi-square values for Parker's model were significantly higher ($P < 0.001$) than those for the four three-factor models. This indicated that Parker's original solution provided a significantly poorer fit to the data than the three-factor solutions. Among the three-factor models, Kendler's model produced the best fit to the data. The chi-square values for this model were significantly lower ($P < 0.001$) than those for the three-factor models. The GFI for Kendler's model was higher than 0.85 regarding both paternal and maternal PBI, indicating a good fit to the model. The second best fit was provided by Murphy's

model, although the GFI was lower than 0.85 (GFI father = 0.803; GFI mother = 0.805). All the other values of the GFI for the two three-factor models were also lower than 0.85.

When subdivided into younger and older subgroups, 130 respondents were younger than 26 years old, and the remaining (127) were 26 years old or older. Table 3 shows to what degree the competing factor models were invariant across younger and older subgroups. The fits in Table 3 were generally poorer than those in Table 2, indicating that the factor structure provided by the five models were not strongly common across the subgroups. Similarly to the results in Table 2, the poorest fit was obtained by Parker's model, and the best fit was found by Kendler's model, which produced an AGFI higher than 0.8 and a GFI higher than 0.85 with respect to both paternal and maternal PBI and while testing the invariance across age subgroups. None of the other factor models produced AGFI values higher than 0.8, or GFI higher than 0.85, an invariance hypothesis of factor structure was supported only by Kendler's model.

DISCUSSION

This study was carried out in a female sample. Even though, these results support other studies [5, 6, 7, 21, 8, 13, 22] that have emphasized that the original protection factor should be divided into two factors. The results of the present study indicate that the three-factor models generally fit the data better than the two-factor model. However, all three-factor models proposed do not seem to provide similar

good fit. Among the three-factor models, only the Kendler's model (1996) fitted the data. In the study by Sato et al. [12], either Kendler's model or Murphy's model fitted the data. However, in this study, when considering invariance of factor structure across gender subgroups, Kendler's model was the only one acceptable. Sato et al. [12] have suggested that Kendler's model may be the only acceptable factor structure when considering invariance across subgroups. Murphy et al. [8] have implied that an appropriate factor structure of the PBI may differ between subgroups. They have argued that some modifications to the original PBI may be needed to obtain an invariant factor structure across subgroups. Therefore, the results of the present study, which were obtained from a female sample, are in agreement with the results found by Sato et al. [12] e Murphy et al. [8].

One important question brought out by Sato et al. [12] is whether the best fit of Kendler's model may be in some degree due the smaller item set. Further studies should be carried out to address this issue. In addition, the validity of a factor structure should not only be discussed in terms of statistical consistency, but it also needs to be underpinned by the fact that the three-factor model structure of the PBI has a strong ability to predict outcome variables such as the occurrence of mental disorders and the prognosis of mental disorders [12].

Further research is needed to obtain confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument (PBI) in both female and male Brazilian population. Despite the gender limitation, this study contributes to a better understanding and use of the PBI in Brazilian samples.

REFERENCES

1. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979; 52:1-10
2. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LH. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr RS* . 2006; 28 (2): 61-68.
3. Enns, M.W., B.J. Cox, and I. Clara, *Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey*. *Psychol Med*, 2002. 32(6): p. 997-1008.
4. Wilhelm, K., et al., *The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period*. *Psychological Medicine*, 2005. 35: p. 387-393.
5. Cubis, J., Lewin, T & Dawes, F. (1989). Australian Adolescents perceptions of their parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 23, 35-47.
6. Kendler, K. S. (1996). Parenting: a genetic- epidemiological perspective. *American Journal of Psychiatry* 153, 11-20.
7. Gomez-Beneyto, M., et al., *Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993. 28(5): p. 252-5.
8. Murphy E, Brewin CR, Silka L. *The assessment of parenting using the Parental Bonding Instrument: two or three factors?* *Psychological Medicine* 1997, 27: 333-342
9. Mackinnon, A.J., et al., *The parental bonding instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample*. *Psychological Medicine*, 1989. 19(4): p. 1023-1034.

10. Kazarian, S.S., B. Baker, and E. Helmes, *The parental bonding instrument: factorial structure*. Br J Clin Psychol, 1987. 26(3): p. 231-232.
11. Arrindeli WA, Hanewald, GJFP, Kolk AM. *Cross-national constancy of dimensions of the parental rearing style: the Dutch version of the Parental Bonding Instrument (PBI)*. Personality and individual Differences. 1989; 10: 263-269.
12. Sato, T., et al., *Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population*. Psychol Med, 1999. 29(1): p. 127-33.
13. Cox BJ., et al, *The Parental Bonding Instrument: Confirmatory Evidence For Three-Factor Model In Psychiatric Clinical Sample And In The National Comorbidity Survey*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2000. 35: p. 353-57.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington: American Psychiatric Press; 2002.
15. Amorin, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 22, 106-115.
16. Jöreskog KG, Sörbom D. *LISREL VI: Analysis Of The Linear Structural Relationships By Maximum Likelihood, Instrumental Variables And Least Squares Method*. Scientific Software, 1986.
17. McDonald RP, Marsh, HW. *Choosing A Multivariate Model: Noncentrality And Goodness Of Fit*. Psychol Bull, 1990. 107: p. 247-55.
18. Bentler PM. *Comparative Fit Indexes In Structural Models*. Psychol Bull, 1988 107: p. 238-246.
19. Bentler PM. *On The Fit of Models to Covariances and Methodology to The Bulletin*. Psychol Bull, 1992. 112: p. 400-404.
20. Marsh HW., et al., *Goodness-Of-Fit Indexes in Confirmatory Factor Analysis: The Effect Of Sample Size*. Psychol Bull, 1988. 103: p. 391-410.
21. Cole, DFA. *Utility of Confirmatory Factor Analysis in Test Validation Research*. Journal of consulting and Clinical Psychology, 1987. **55**, 584-594.

22. Heider, D., et al, Empirical Evidence for an Invariant Three-factor structure of the parental bonding instrument in six Europeans countries. *Psychiatry Research*, 2000. 135: p.237-47.

Tabela 1

Table1 – *Factor models of the PBI in previous studies*

2- Factor model		3- Factor models		
Parker et al.	Cubis et al.	Gomez- Beneyto et al.	Murphy et al.	Kendler
Care (1,2,4,5,6, 11,12,14, 16,17,18,24)	Care (1,2,4,5,6, 11,12,14, 16,17,18,24)	Care (1,2,4,5,6,11,12,14,17,1 8)	Care (1,2,4,5,6,11,12,1 4,16,17,18,24)	Care (1,4,5,11,12,17,1 8)
Protection (3,7,8,9,10, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25)	Protection- Personal Domain (8,10,13,19,23)	Overprotection (8,9,13,19,22,25)	Denial of Psychological Autonomy (8,9,13,19,20,23)	Protectiviness (8,9,13,19,23)
	Protection- Social Domain (3,7,9,15,20,21,2 2,25)	Restraint (3,7,15,20,21,24)	Endorse Behavioral Freedom (3,7,15,21,22,25)	Authoritarianism (7,15,21,25)

Numbers in parentheses indicate item number of the PBI

Table 2- Fits provided by the competing factor models

	A: Parker's model		B: Cubi's model		C: Gomez- Beneyto's model		D: Muphy's model		E: Kendlers' model	
	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI
X2 (df)	843,186 (274)*	817,268 (274)*	778,897 (272)	789,064 (272)	693,856 (206)	716,853 (206)	605,309 (249)	665,422 (249)	208,124 (101)	247,917 (101)
GFI	,740	,771	,769	,785	,771	,780	,803	,805	,896	,886
AGFI	,692	,729	,725	,743	,719	,730	,763	,765	,860	,846
TLI	,580	,644	,623	,691	,573	,597	,724	,716	,786	,741

GFI, the-goodness-of-fit index; AGFI, the adjusted goodness-of-fit index; TLI, The Tucker-Lewis- index: GFI> 0.85; AGFI>0.80, TLI>0.90
 * x2 statistics for model A were significantly larger than those for the other 4 models

Table 3- Invariance of the competing models across subgroups

	A: Parker's model		B: Cubi's model		C: Gomez- Beneyto's model		D: Muphy's model		E: Kendlers' model	
	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI	Father's PBI	Mother's PBI
Invariance across yonger and older subgroups										
X2 (df)	1185,629 (548)	1126,046 (548)	1126,037 (544)	1088,627 (544)	913,807 (412)	920,683 (412)	923,230 (498)	927,002 (498)	305,188 (202)	335,739 (202)
GFI	,696	,720	,716	,737	,740	,747	,745	,760	,868	,861
AGFI	,639	,668	,661	,686	,681	,689	,693	,711	,822	,813
TLI	,528	,608	,566	,628	,553	,583	,668	,695	,788	,753

GFI, the-goodness-of-fit index; AGFI, the adjusted goodness-of-fit index; TLI, The Tucker-Lewis- index: GFI> 0.85; AGFI>0.80, TLI>0.90
 * x2 statistics for model A were significantly larger than those for the other 4 models

ASSOCIATION BETWEEN PARENTING STYLE AND RELATIONSHIP PATTERNS WITH THE THERAPIST: A QUANTITATIVE STUDY

Luciana Terra¹, Eliane Ferreira², Simone Hauck³, Leticia Kruehl⁴, Sidnei Schestatsky⁵, Regina Kurth⁶ and

Lúcia Helena Ceitlin⁷

Artigo em fase de revisão para ser submetido para publicação no British Journal of Psychiatry

1. Psychologist. Master student in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
2. Psychiatrist, Master degree in Psychiatry
3. Psychiatrist, PhD student in psychiatry, UFRGS
- 4 Psychologist. Master. student in Psychiatry, UFRGS
5. Psychiatrist, Psychoanalist, Associate Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS and Psychiatry Service at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
6. University of Giessen, Deutschland
7. Psychiatrist, MPH, DPH. Associate Professor, Department of Psychiatry and Legal Medicine, UFRGS and Psychiatry Service at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Abstract

Background The patient's unconscious transfers to other people (not only the therapists) feelings and attitudes originally associated with people who were important in the beginning of his/her life.

Aims To investigate the association between the parenting style perceived by the patient and the transference pattern developed with the therapist in a sample of clinical patients undergoing analytical psychotherapy.

Method A cross-sectional observational quantitative study using a convenience sample. The Parental Bonding Instrument (PBI) was used to assess the perception of quality of the parental bond, and the Relationship Patterns Questionnaire (RPQ) was used to identify patterns of relationship with the therapist. The Defense Style Questionnaire (DSQ-40) assessed the defensive style and the other variables were studied using a research protocol.

Results A statistically significant association was found only between the paternal parenting style and some transference patterns (love, $p = 0.048$, submission, $p = 0.049$, imposition $p = 0.01$).

Conclusions These results lead us to rethink the role of the quality of the parental bond during childhood in building the current relationship patterns, especially in terms of the therapeutic relationship. Therefore, the importance of the therapist's identification with the parental function can help us to understand the transference-countertransference and to achieve a more accurate understanding of the patient.

Declaration of interested None

Keywords Psychoanalytic psychotherapy, transference, parental bonding, quantitative studies

INTRODUCTION

It is a consensus among psychoanalysts and psychotherapists that transference is a central element of any type of psychotherapy [1]. While Freud was trying to obtain associations of words from his patients in order to establish a connection between their current symptoms and feelings and the experiences from the past through these associations, he observed that there were changes in the patients' attitudes regarding himself during the treatment and these changes were related to conflicts experienced in the past. These relationship patterns seemed to repeat the ways of establishing relationships with important people in the patient's history, and it constituted the transference [2]. Since then, the concept of transference has been developing and changing. Currently, the term transference widely refers to thoughts, feelings, motivations and behaviors that emerge during the therapeutic relationship and reflect the patient's personality and interpersonal functioning [3]. The therapeutic relationship can be viewed as an intimate, emotionally charged, asymmetrical and typically nurturing relationship, it is likely to activate many attachment-related patterns of thought and feelings [4]. The way the individual related to their caregivers and other significant people during childhood constitutes the first models of relationship that are internalized and remain "dwelling the individual's internal world," serving as the basis for all future relationships with the external world [5]. The patient's unconscious would be constantly transferring to other people (including psychotherapists) feelings and attitudes that were originally associated with these important people from the beginning of his/her life. However, even though they are consolidated in the specific literature through the clinical observation, many

theoretical aspects related to the transference have not been investigated yet by a quantitative study [6]. Searches on PubMed and PsycholInfo were not able to find any quantitative study that related transference to parental bond. In the present study, we tried to find an association between the patient's parenting style and the transference developed during the therapeutic relationship in a sample of clinical patients undergoing analytical psychotherapy.

METHOD

This is a cross-sectional observational study of a convenience sample comprising patients seen at the Program of Psychoanalytical Psychotherapy of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. This program consists of direct care of patients provided by psychiatry resident physicians who are pursuing their specialization in analytical psychotherapy. The psychotherapy sessions were supervised by psychotherapists with at least 15 years of experience in analytical psychotherapy. We tried to find an association between the parenting style and the transferential pattern developed with the therapist. The other controlled variables were as follows: length and frequency of the treatment, previous psychotherapeutic treatment, non-psychotic symptoms, defense mechanisms, gender of the therapeutic dyad, and diagnosis (DSM-IV). The sociodemographic variables were as follows: age, gender, level of education, profession, income, marital status, and use of medication. These variables were also investigated by means of a protocol completed by the therapist and a review of the medical records.

Participants

Sixty-three individuals took part in this study. All of them were being treated at the Program of Psychoanalytical Psychotherapy of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. The size of the sample was calculated to assure a statistical power of 80% for the data analysis considering weak and moderate correlations ($r > 0.3$). Sixty-three adults were included in the study (≥ 18 years old). They had been undergoing psychotherapeutic treatment at the Program of Psychoanalytical Psychotherapy during 2005 and the first half of 2006. The exclusion criteria were: mental retardation, psychotic disorders and substance-related disorders (DSM-IV) with a current abstinence period shorter than six (6) months or non-abstinent patients. These criteria are in agreement with some of the criteria mentioned in the literature for contraindication of analytical psychotherapy. The diagnostic evaluation, according to the DSM-IV, was performed by therapists by means of a clinical interview at the moment the patients entered the Program. The decision of choosing a clinical diagnosis instead of a structured instrument was based on the fact that the clinical diagnosis was performed using at least four evaluation interviews conducted by therapists. These therapists were psychiatry resident physicians with at least 1 year of experience in diagnosis and treatment of inpatients and outpatients, with a deep knowledge of the DSM-IV diagnoses criteria. The diagnoses were compared to the data obtained from the patient's medical records and discussed with a supervisor every time a doubt arose. The other variables of this study were provided by the therapists who completed the research protocol and, afterwards, the variables were

compared to the data on the medical records, in addition to being checked by the research assistant with the patient whenever necessary.

Procedures

A survey of all patients who were referred to psychotherapy at the Program of Psychoanalytical Psychotherapy of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, during 2005 and the first half of 2006 was carried out. These patients were approached and informed about the possibility of taking part in the study. A team comprising one psychologist, one psychiatrist, nine medical students and one student of psychology was responsible for administering the questionnaires. Since the questionnaires were self-administered instruments, the members of the team received brief training in the methods of variable evaluation. The administration of the instruments to the patients took approximately one hour and each patient completed the questionnaires individually during the interview. This study was approved regarding its ethical and methodological aspects, including its Written Consent, according to the National and International Guidelines and Norms. The patients signed the written consent in order to take part in this study.

Measures

Parental Bonding Instrument- PBI [7, 8]

The Parental Bonding Instrument (PBI) is a Likert-type, self-administered instrument (0 to 3) comprising 25 questions related to father and mother. The subject has to answer how similar that behavior is to his/her parents' behavior until the subject was 16 years old. The PBI measures two constructs: the first construct is

care (affection, warmth, availability, care, sensitivity *versus* coldness and rejection) and the second construct is protection (control, intrusion *versus* encouragement of autonomy). There is not a consensus whether an analysis of three independent factors, splitting the construct control/protection into two factors, could improve the psychometric characteristics of this instrument, including an increase in the sensitivity of the instrument to risk factors associated with the construct control/protection. In the present study, we used Murphy's three-factor model [9] in order to analyze the correlations, since this model has presented an AGFI score > 0.8 in studies of confirmatory analyses, which indicates an acceptable fit. Only Kendler's model [10] has a higher AGFI; however, the number of questions of the PBI is reduced from 25 to 16, and this reduction is considered as the possible reason why Kendler's model presents a better performance Sato et al [11]. Murphy's model [9] is divided into three factors: care, denial of psychological autonomy and encouragement of behavioral freedom. In order to define the classification of the parenting style according to the frequency, we used the original model of analysis proposed by Parker [8], since this is the easiest model to describe data.

The model comprises only two factors (protection and care), generating four possibilities of bond: with care without protection, with care with protection, with protection without care, and without care without protection. Type 3, or with protection without care, has been associated with higher psychopathology, while excellent parenting (type 1 or with affection and without control) is good for mental health [12]. In the present study, we used the version of the Parental Bonding Instrument transculturally adapted to the Brazilian Portuguese [13].

Relationship Patterns Questionnaire - RPQ [14, 15]

A self-administered questionnaire used to assess the transferential pattern or the central pattern of the relationship. The RPQ version used in this study is equivalent to a later evolution of the RPQ that consists of eight unipolar scales: 1) Assert oneself; 2) Accept; 3) Love; 4) Rely on; 5) Submit; 6) Defend; 7) Attack; 8) Overlook. The current version presents a long and a short version. The short version was used in this study and it has four unipolar scales: 1) Assert oneself; 3) Love; 5) Submit; 7) Attack. According to Benjamin's model [16], these four scales are distributed in a bidimensional space with the affiliation axis (Love and Attack) and the interdependence axis (Assert oneself and Submit).

The RPQ provides a score for each scale at three different levels: self response (SR), object response (OR), introject (I). The self response level assesses the subject's response regarding another person's specific behavior (therapist, friend, child, mother, father, ...). The object response level assesses the subject's belief regarding the other person's behavior as a response to his/her specific behavior, and the introject level assesses the subject's behavior after a confrontation with the other person (Kurth, Körner, Geyer & Pokorny, 2004). The introject level was not analyzed in this study because the previous factorial analysis of the data of this level showed a low Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy – KMO (0.454), and low percentage of results explanation (Rotation Sums of Squared Loadings – cumulative percentage of 45.668%). In the present study, we decided to analyze the self response and object response levels of this instrument, since both scores were enough to provide the necessary answers we needed to achieve our objective. In this instrument, the scores for each level are provided in an independent manner. This instrument has been previously adapted to the Brazilian Portuguese Ferreira et al [17].

Defense Style Questionnaire - DSQ-40 [18]

An objective, self-administered questionnaire including 40 questions. It has been validated in Brazil by Blaya et al [19]. This instrument assesses 20 defense mechanisms divided into three groups: mature, neurotic and immature. It can provide the scores of the 20 defense mechanisms and the scores of the three groups. The scores of the defense mechanisms are calculated based on the mean of two items for each defense mechanism. The scores of the groups are based on the mean of the scores of the defense mechanisms that belong to the group. Each item is scored in a scale from 1 to 9; 1 means totally disagree and 9 means totally agree. In the present study, the DSQ-40 was used to control the results according to the patients' defensive pattern.

Data Analysis

The analysis of the data was performed using the SPSS14 software, with the help of the Group of Research and Graduate Studies of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The significance level considered was 5%. The correlations were analyzed using the Pearson's test. The variables that presented a p value ≤ 0.2 regarding the outcome (transference) were controlled in a linear regression model. We also performed an analysis regarding the PBI scores: maternal bond scores were divided into tertiles in order to check if the patients who had less affectionate mothers had more affectionate fathers and vice-versa.

RESULTS

Sample Characteristics

The patients' mean age was 38.8 years old (SD=10.14), 79.4% were female and their mean age was 39.02 years old (SD=9.84), and 20.6% were male with a mean age of 38.15 years old (SD=11.61). The participants who had an income of up to three minimum salaries (one minimum salary is approximately USD 150.00.) were 61.9% of the sample, 20% earned from four to nine minimum salaries, and 6.3% had a monthly income of more than 12 minimum salaries. With regard to the level of education, the sample had a mean of 12.4 years of education (SD=3.69), and only 17.5% of the subjects had a university degree. Regarding marital status, 38.1% were married, 20.6% were divorced and 41.3% were single. The frequency of therapy sessions was as follows: 50.8% attended sessions once a week, 49.2% had therapy sessions twice a week, and also 49.2% of the patients had undergone psychoanalytical therapy before. Since the variable length of the current psychotherapeutic treatment did not present a normal distribution, we calculated the median as being 5 months (interquartile range = 3 to 15).

In the sample, 7.9% of the patients received a diagnosis of borderline personality disorder; 7.9% were diagnosed with another type of personality disorder (dependent personality disorder and personality disorder without other specification) and, 81% did not receive an axis II diagnosis. A percentage of 46.1% of the sample of patients had received diagnosis of depression; 17.5% had bipolar disorder, 14.2% had another diagnosis and 22.2% of the sample had not received an axis I diagnosis. We found that 46% of the patients were taking antidepressives at the moment data were collected; 22.2% were using mood stabilizers; 6.3% were taking

benzodiazepines; 6.3% used antipsychotics; 4.8% were taking other medications (methylphenidate, topiramate); however, 33.3% of the sample were not taking any medications. The sample can be considered well distributed in terms of the use of defense mechanisms: Immature, Neurotic and Mature groups had similar means (4.22; 4.77 and 4.62). The most frequent parenting style, according to Parker et al. (1979), either for father or mother, was control without affection, type 3 (Table 1).

The relationship between parental bond and transference

The parental bond was analyzed regarding the following dimensions: affection, denial of psychological autonomy and encouragement of behavioral freedom, either for father or mother, according to Murphy's model (1997). The RPQ provided 32 quantitative variables. Next, we used Person's correlation in order to identify the association among the variables. We did not find any statistically significant association with respect to transference and maternal parenting style (Table 2). Statistical significance was found (considering $\alpha = 0.05$) for some associations between transference and paternal parenting style (Table 3). These associations are mentioned below.

Transference-self response level x paternal parenting style

We found a statistically significant direct correlation between love scale (how much the patient considers he/she is friendly to the therapist) and paternal affection ($p=0.048$; $b=.252$). The more the patient perceives his/her father as affectionate, the more affectionate is his/her behavior towards the therapist. When controlled for the possible confounding potential the variable patient's gender made the correlation

lose its significance ($p=0.06$). Men have higher scores of paternal affection than women (17.75 versus 14.94)

Transference-object response level x paternal parenting style

We found a statistically significant inverse correlation between the assert oneself scale (how much the patient perceives that the therapist reacts in an assertive manner to his/her behavior) and paternal affection ($p=0.049$; $b=-.251$). The more the patient perceives his/her father as affectionate, the less he/she perceives the therapist's assertive behavior towards him/her. The axis I diagnosis was the only confounding potential that reached $p \leq 0.2$ and entered the linear regression model. The correlation remained significant, but we found that the subjects who presented a diagnosis of bipolar disorder perceive the therapists as more assertive than those patients who had chronic depressive disorder (0.107 versus 0.032).

Transference-object response level x paternal bond – encouragement of behavioral freedom

We found a statistically significant inverse correlation between the submit scale (how much the patient perceives that the therapist reacts in a submissive manner to his/her behavior) and paternal encouragement of behavioral freedom ($p=0.010$; $b=-0.351$). The more the patient perceives his/her father as someone who encourages the patient to have a behavioral freedom, the less he/she perceives that the therapist reacts in a submissive manner towards him/her. In the regression model, the variables of control were Axis I and Axis II diagnosis ($p<0.2$). There was no change in the significance level.

DISCUSSION

The most prevalent disorders found in this clinical sample were mood disorders (63.3%), and such result is in agreement with other studies on the prevalence of psychiatric disorders [20, 21]. Although 63.3% of the subjects of this study presented a diagnosis of mood disorder, when controlling the axis I diagnosis as a potential confounder in the linear regression model, the correlation between parental bond and transferential pattern remained significant. It is possible to consider that the most acute symptoms of these disorders (depression; bipolar disorder) were controlled due to the use of medication and psychotherapeutic treatment; therefore, they did not have an influence on the results of the correlation.

We found that the subjects who presented a diagnosis of bipolar disorder perceive the therapists as more assertive than those patients who had chronic depressive disorder. Patients with bipolar disorder may trigger in the therapist a more assertive management during psychotherapy. The therapist might become more assertive with the purpose of retaining this type of patient in the therapeutic setting. On the other hand, the subjects with chronic depressive disorder can present a more submissive pattern regarding the therapist. Bradley, Heim and Westen [6] have studied the association between the transferential pattern and the personality disorders, showing significant associations between cluster A and secure/engaged type transferential pattern, ($p < 0.01$) cluster B and angry/entitled type transferential pattern ($p < 0.001$) and sexualized ($p < 0.001$) and cluster C with anxious/preoccupied type transferential pattern ($p < 0.001$). The results found in the present study indicate a possible association between transferential patterns and axis I diagnoses.

It is interesting to investigate the reason of the statistically significant correlation only between the quality of the paternal bond perceived by the patient and some of the transferential dimensions assessed. In an attempt to achieve a deeper

understanding of these findings, we considered the hypothesis that the patients who had less affectionate mothers had more affectionate fathers, or vice versa. Therefore, one of the parents would compensate the other parent's "failure". The results show that when there was absence of affection from one of the parents, the other parent not necessarily compensated that absence.

The associations we found can demonstrate that there is an assert oneself *versus* submit type of relationship with the therapist when the father is less affectionate and more controlling. The relationship with the father might be repeated with the therapist, especially in the beginning of the treatment, which could originate an important resistance to the psychotherapeutic process, once the patient would have difficulties to establish a relationship where he/she could receive help (asymmetric characteristic of the psychotherapy). It means that the therapist needs to pay attention to the pattern of relationship established between the patient and his/her father, especially in the beginning of the therapy.

The importance of the father has been increasingly discussed as something relevant during the last decade [22]. The results we found in the present study highlight the father's role as an agent who builds and organizes the personality. According to Resnik [23] fathers would be agents who would structure the Ego. Good fathers would constitute a model of psychic structure for their child. In this model, the mother is the continence and the father is the agent that builds and organizes the personality. Some studies have pointed out that the apparent absence of an internalized father is associated with psychopathologies [24].

Another possibility of interpretation for our findings in institutional terms is that the patients of this sample are patients who received free psychotherapeutic care at a public hospital. The institution can be seen as a paternal representative, with

characteristics that are culturally associated with the father, such as control, domination. Such features are linked to the paternal function of “castration”. The patients might also see the therapist as a representative of this hospital [25].

Limitations

This study has two main limitations. First one: the sample was recruited at only one psychotherapeutic care center, which is located at the public hospital that provides services for a low-income population. The results only characterize the sample selected, and cannot be generalized. The size of the sample is relatively small and it is not suitable for some statistical analysis that could be interesting, such as the stratification of the sample and a more precise control of the variable gender of the therapeutic pair, which was divided into two groups (same gender pairs or not) instead of four groups. Another more common limitation is that the instrument used to assess the transference pattern is completed only by the patient.

IMPLICATIONS

These results lead us to rethink the importance of the quality of the parental bond during childhood to build the current relationship patterns, especially in terms of the therapeutic relationship. Therefore, the importance of the therapist’s identification with the parental function can help us to understand the transference-countertransference and to achieve a more accurate understanding of the patient. It is important to highlight that, instead of making the mother-child models (commonly used to describe the therapeutic bonds) more weak, the results of this study

strengthen the paternal function in these models. The findings are also in agreement with the most recent studies that show that the paternal function has been more deeply described and investigated regarding the development of the personality. We suggest that other studies, including larger samples with a multicenter design, are performed in order to improve the understanding on the current findings.

REFERENCES

1. Eizirik, C.L. and Tyson,R. Transferência, in *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2005, Artmed: Porto Alegre.
2. Freud S. *A dinâmica da transferência* (1912). In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.12. p.133-43.
3. Westen, D. & Gabbard, G. O. (2002) Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of American Psychoanalytic Association*, **50**: 99- 134.
4. Fonegy, P., Leigh T., Steele, M., et al (1996). The relation of attachment psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**: 22- 31.
5. Bleichmar, NM, Bleichmar CL. *Melanie Klein: a fantasia inconsciente como cenário da vida psíquica*. In: Bleichmar, NM, Bleichmar CL. In: A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.
6. Bradley R, Heim, AK, Westen, D. Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry* 2005; **186**: 342-349.
7. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979;**52**:1-10
- 8 Parker G. The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev* 1989;**7**(4):317-335.
9. Murphy E, Brewin CR, Silka L. The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors? *Psychol Med* 1997;**27**(2):333-41.
10. Kendler, K. S. (1996). Parenting: a genetic- epidemiological perspective. *American Journal of Psychiatry* **153**: 11-20.

11. Sato T., Narita S., Hirano K., et al (1999) Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Japanese Population. *Psychological Medicine* **29**: 127-133.
- 12 Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Krueh L, Ceitlin LH. Parental bonding and emotional response to trauma: a study of rape victims. *Psychother Res* 2007; Jan; **17**(1): 83-90.
13. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LH. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr RS* . 2006; **28** (2): 61-68.
14. Kurth, R. A., Pokorny, D., Körner, A. & Geyer, M. The Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Validation by using a representative sample. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 2002; **52**: 179-188.
15. Kurth, R. A, Korner, A., Geyer, M. & Pokorny, D. Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): psychometric properties and clinical applications. *Psychotherapy Research*, 2004; **14**: 418-434.
16. Benjamin, L.S. Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 1974; **81**: 392-425
17. Ferreira, E., Nunes, M. L. T., Terra, L., Hauck, S. & Ceitlin, L.H.F. (2006). Adaptação Transcultural para o Português Brasileiro do Questionário Sobre Padrão de Relacionamentos Beziehungs - Muster Fragebogen - BeMus-3 *Rev Psiquiatr RS* . 2006; **28** (3): 276-288.
18. Bond M., Perry J. C. ,Gautier M. ,Goldenberg M., Oppenheimer J., Simand J. Validating the self-report of defense styles. *Journal of personality disorders*, 1989; **3** (6): 101-112 .
19. Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, LH, Bond, M.& Manfro, G. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004; **26**(4):255-258.
20. Philbrick, J.T., Conelly, J.E. & Wofford, A.B. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*, 1996; **11**(1): 9-15.

21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington: American Psychiatric Press; 2002.

22. Trowell, J. A. Setting the scene. In: Trowell, J & Etchegoyen, A. *The importance of fathers: a psychoanalytic re-evaluation*. New York: The New Library of Psychoanalysis, 2002. p. 3-19.

23. Resnik, S. El padre en el psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina*, 1989; **4**, 63-75.

24. Etchegoyen, A. *Psychoanalytic ideas about fathers*. In: Trowell, J & Etchegoyen, A. *The importance of fathers: a psychoanalytic re-evaluation*. New York: The New Library of Psychoanalysis, 2002. p. 20-41.

25. Adshead, G. Psychiatry Staff as attachment figures: understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British journal of Psychiatry*, 1998; **172**: 64-69.

Table 1 – Frequency of the parental bond according to Parker (1979)

	FATHER		MOTHER	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Type 1 with care without protection	5	7.9	10	15.9
Type 2 with care with protection	10	15.9	10	15.9
Type 3 with protection without care	31	49.2	35	55.6
Type 4 without care without protection	15	23.8	7	11.1
Missing	2	3.2	1	1.6

Table 2- *Correlations between maternal parenting style x transference*

	ATS1	ATS3	ATS 5	ATS7	ATO1	ATO3	ATO5	ATO7
CARE								
Pearson Correlation	.137	-.073	.044	-.166	-.075	.110	.025	-.058
Sig (2-tailed)	.288	.570	.736	.197	.562	.397	.845	.656
DENIAL OF PSYCHOLOGICAL AUTONOMY								
Pearson Correlation	-.105	.144	.018	-.047	-.050	.041	-.011	.046
Sig (2-tailed)	.419	.264	.890	.715	.698	.751	.930	.723
ENCOURAGEMENT OF BEHAVIORAL FREEDOM								
Pearson Correlation	.129	.062	-.146	0.003	.136	-.075	-.112	.038
Sig (2-tailed)	.317	.630	.257	.982	.292	.563	.930	.771

ATS1 – SUBJECT RESPONSE LEVEL ASSERT ONESELF, ATS3 – SUBJECT RESPONSE LEVEL LOVE, ATS5 – SUBJECT RESPONSE LEVEL SUBMIT, ATS7 – SUBJECT RESPONSE LEVEL ATTACK, ATO1 – OBJECT RESPONSE LEVEL ASSERT ONESELF, ATO3 – OBJECT RESPONSE LEVEL LOVE, ATO5 – OBJECT RESPONSE LEVEL SUBMIT, AT O7 – OBJECT RESPONSE LEVEL ATTACK.

Table 3 – Correlations between paternal parenting style x transference

	ATS1	ATS3	ATS 5	ATS7	ATO1	ATO3	ATO5	ATO7
CARE								
Pearson Correlation	-.031	.252*	-.100	-.067	-.251*	.077	.232	-.024
Sig (2-tailed)	.808	.048	.440	.607	.049	.553	.070	.856
DENIAL OF PSYCHOLOGICAL AUTONOMY								
Pearson Correlation	-.170	-.089	.143	.082	.038	.051	-.032	-.085
Sig (2-tailed)	.187	.492	.268	.528	.767	.695	.806	.510
ENCOURAGEMENT OF BEHAVIORAL FREEDOM								
Pearson Correlation	.033	-.104	-.021	.100	.199	.102	-.327**	.011
Sig (2-tailed)	.798	.419	.873	.437	.121	.430	.010	.930

* p<0.05 **p<0.10

Tabela 3

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PBI é considerado a medida utilizada mais consistente para verificar estilo parental tanto em amostras clínicas como não-clínicas (Enns et al, 2002). Este instrumento foi introduzido em nosso meio pelo núcleo de estudos e tratamento do trauma psíquico (NET- Trauma) do hospital de clínicas de Porto Alegre em 2003. Num primeiro momento este instrumento foi utilizado pelo grupo de pesquisa referido para investigar associações entre o vínculo parental e reações emocionais ao trauma psíquico. Para tanto, foi realizada a adaptação transcultural do instrumento para o português brasileiro (Hauck et al, 2006). Um dos objetivos específicos deste estudo foi o de realizar análise fatorial confirmatória do *parental bonding instrument*, dando continuidade ao processo iniciado pelo grupo de pesquisa do NET- Trauma. de validação do PBI em nosso meio .

Como resultado da análise fatorial, verificou-se que mesmo em uma amostra apenas feminina, os resultados encontrados neste estudo são semelhantes aos citados em outras pesquisas realizadas, inclusive, em amostras culturalmente bastante diferentes da nossa, como amostras japonesas e paquistanesas (Sato et al, 1999, Qadir, 2005). Os resultados enfatizam que o modelo de dois fatores, proposto por Parker, (1979) dividido em afeto e controle ou proteção, deve ter este último fator (controle) subdividido em dois outros fatores gerando assim um instrumento com três

fatores estruturais. Dentre os modelos de três fatores propostos (Cubis et al, 1989, Gomez- Beneyto et al, 1993, Murphy et al, 1997; Kendler, 1996) o modelo que apresentou uma melhor adequação dos dados ($GFI > 0.85$) foi o sugerido por Kendler.

Como resultado principal deste estudo foi possível verificar correlações estatisticamente significativas entre vínculo parental paterno e transferência em pacientes em psicoterapia psicanalítica:

- quanto mais o paciente percebe seu pai como afetivo maior é o comportamento amoroso com o terapeuta ($p=0,048$; $b=,252$);

- quanto mais o paciente percebe seu pai como afetivo menor é sua percepção de comportamento impositivo do terapeuta com ele ($p=0,049$; $b=-,251$)

- quanto mais o paciente percebe seu pai como alguém que o encoraja a ter comportamento de liberdade menor é sua percepção de que o terapeuta reage de maneira submissa à ele ($p=0,010$; $b=-,351$).

Embora 63,6% dos sujeitos da pesquisa apresentassem diagnóstico de Transtornos de Humor, ao se controlar o diagnóstico de eixo I como potencial confundidor no modelo de regressão linear a correlação entre vínculo parental e padrão transferencial manteve a significância. Talvez possa se pensar que os sintomas mais agudos destes transtornos (depressão; 17,5% transtorno bipolar) estivessem controlados pelo uso de medicação e pela psicoterapia, desta forma não influenciando nos resultados da correlação. Pôde-se verificar que os sujeitos que apresentavam diagnóstico de Tr. Bipolar perceberam seus terapeutas como mais impositivos que os que apresentaram Tr. Depressivo Crônico. Pacientes com Tr. Bipolar podem desencadear no terapeuta uma maneira mais impositivo na

psicoterapia. O terapeuta pode se tornar mais impositivo com intuito de manter este tipo de paciente no setting terapêutico. Já os sujeitos com Tr. Depressivo Crônico podem apresentar um padrão mais submisso em relação ao terapeuta.

Estes resultados nos levam a pensar a importância da qualidade do vínculo com o pai na infância na construção de padrões de relacionamentos, especialmente na relação terapêutica. Nesse sentido, a importância da identificação do terapeuta com a função paterna pode auxiliar na compreensão da transferência contratransferência e em um entendimento mais acurado do paciente.

É relevante salientar que menos que enfraquecer os modelos mãe-filho, usualmente utilizados para descrever os vínculos terapêuticos, os resultados desta pesquisa vão na direção do fortalecimento da função paterna nestes modelos de entendimento e também ao encontro de estudos mais atuais, em que a função paterna vem sendo descrita e investigada com mais atenção, no desenvolvimento da personalidade (Trowell, 2002).

Sugere-se que outras pesquisas com amostras maiores e de preferência multicêntricas possam ser realizadas para aprofundar e investigar algumas questões que foram levantadas com os resultados deste estudo: como seriam estas associações se medidas em diferentes momentos da psicoterapia de um mesmo paciente? Existiria diferença na associação entre vínculo parental e transferência em pacientes em análise e em psicoterapia psicanalítica? Como seria em pacientes em análise, com a neurose de transferência instalada?

REFERÊNCIAS

CUBIS, J., LEWIN, T & DAWES, F. (1989). Australian Adolescents perceptions of their parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 23, 35-47.

ENNS MW, COX BJ, CLARA I. Parental bonding ans Adult psychopatology: results from Us nacional comorbidity survey. *Psychological Medicine* 2002, 32: 997-1008.

GOMEZ-BENEYTO, M., et al., *Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993. 28(5): p. 252-5.

HAUCK S, SCHESTATSKY S, TERRA L, KNIJNIK L, SANCHEZ P, CEITLIN LH. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr RS* . 2006; 28 (2): 61-68.

KENDLER, K. S. (1996). Parenting: a genetic- epidemiological perspective. *American Journal of Psychiatry* 153, 11-20.

MURPHY E, BREWIN CR, SILKA L. *The assessment of parenting using the Parental Bonding Instrument: two or three factors?* *Psychological Medicine* 18. 997, 27: 333-342

QADIR F, STEWART R, KHAN M, PRINCE M. The validity of the parental bonding instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani woman. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40:276-282

SATO T., NARITA S., HIRANO K., et al (1999) Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Japanese Population. *Psychological Medicine* 29: 127-133.

TROWELL, J. A. Setting the scene. In: TROWELL, J & ETCHEGOYEN, A. *The importance of fathers: a psychoanalytic re-evaluation*. New York: The New Library of Psychoanalysis, 2002. p. 3-19.

APÊNCICE A

FORMULÁRIO DE PESQUISA

DADOS DO PACIENTE

Nome
Número do prontuário no HCPA
Endereço
Telefone
Sexo
Idade
Escolaridade em anos de estudo
Profissão
Renda Familiar
Estado civil
Diagnóstico de Eixo I
Eixo II
Eixo III
Eixo IV
Eixo V – GAF
Eixo VI

OBS. Se paciente com diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias

Não Abstinente

Abstinente

Uso de medicações

Tempo (meses) de abstinência
(se positivo, enumerá-las)

Tempo de uso das medicações

Psicoterapia atual

Tempo de tratamento em meses
Número de sessões semanais
Motivo da procura

Psicoterapias anteriores

Tipo de Psicoterapia
Tempo de tratamento em meses
Número de sessões semanais
Motivo da procura
Motivo da interrupção
Sexo do terapeuta

DADOS DO TERAPEUTA

Idade

Sexo

Nível de formação em Psiquiatria

APÊNCICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa na área da psicoterapia que tem como finalidade avaliar a maneira como a pessoa se relacionou com seus pais e a maneira como se relaciona atualmente com seu terapeuta.

Isto será feito através de três questionários que a própria pessoa irá preencher. O primeiro – um questionário que avalia o tipo de vínculo parental- traz questões a respeito de como você via seus pais até os 16 anos de idade. O segundo questionário pergunta questões que falam a respeito de como a pessoa reage frente a comportamentos dos outros e como ela espera que os outros reajam frente ao seu comportamento, a respeito da relação da pessoa com seu terapeuta. O primeiro compõem-se de um total de 50 itens e o segundo, de 62 itens.

Estamos convidando-lhe a participar deste trabalho. Sua participação envolve sua concordância em preencher os questionários.

Esta investigação terá caráter confidencial, de forma que em momento algum será revelado a público os nomes dos participantes ou quaisquer dados que possam revelar sua identidade. Também, não será revelado aos terapeutas o resultado dos preenchimentos dos questionários.

Este trabalho não apresenta risco maior que o mínimo, ou seja, o risco não será maior, nem mais provável do que aquele ligado ao exame médico ou psicológico de rotina.

O benefício deste trabalho está ligado ao desenvolvimento das pesquisas na área de psicoterapia, tratamento este de utilidade e resultados já comprovados. Em caso de quaisquer dúvidas a respeito do referido estudo, estaremos prontos para esclarecê-las. As pesquisadoras responsáveis são Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin e Psic. Luciana Terra. O contato pode ser feito através da pesquisadora Luciana Terra, de Segunda a Sexta-feira, a partir das 19:00 hs pelo telefone 3335 1750 ou pelo e-mail: lucianaterra1@hotmail.com

Ressaltamos que sua participação é de caráter voluntário, isto é, o senhor(a) não tem nenhuma obrigação de participar do estudo e tem liberdade para cancelar sua participação a qualquer momento. Em caso de concordância na sua participação no estudo, solicitamos que leia com atenção todo este texto e assine no local determinado.

Concordo em participar do referido estudo através do preenchimento dos questionários acima especificados. Estou ciente de que minha participação é voluntária e de que posso cancelá-la a qualquer momento, se assim o desejar. Também fui informado que o risco não é maior do que o exame médico ou psicológico de rotina e que a pesquisadora responsável ficará à disposição para o esclarecimento das dúvidas. Guardarei uma cópia deste termo que me é entregue neste ato.

DATA;

LOCAL:

NOME DO PACIENTE:

ASSINATURA DO PACIENTE:

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Lúcia Helena Freitas Ceitlin
Luciana Terra

ASSINATURA DOS PESQUISADORES:

APÊNCICE C

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS PARCIAIS EM CONGRESSO

LUCIANA TERRA, ELIANE FERREIRA, SIMONE HAUCK, LETÍCIA KRUEL, SIDNEI SCHESTATSKY E LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN. UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O VÍNCULO PARENTAL E A TRANSFERÊNCIA EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA. PÔSTER XXV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, PORTO ALEGRE, 2007.

ANEXO A

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua mãe até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente fria comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhosa comigo	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Freqüentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido (a)	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado (a)	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dela	()	()	()	()
Ela sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetora comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra do seu pai até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhoso comigo	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Frequentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido (a)	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado (a)	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dele	()	()	()	()
Ele sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetor comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

ANEXO B

RELATIONSHIP PATTERNS QUESTIONNAIRE

RPQ FORMA ABREVIADA

Nome:	Data: ___/___/___
Sexo: () Masculino () Feminino	Ano de nascimento: ___

Inicialmente, neste questionário nos interessa a sua relação para com o(a) seu(sua) terapeuta e a sua relação para com uma pessoa muito importante em sua vida, que você vai definir qual é. As questões finais deste questionário deverão ser preenchidas conforme sua relação para com os seus pais, como você os vivenciou na infância.

Favor escrever abaixo o papel da pessoa importante em sua vida (cônjuge, amigo(a), filho(a), etc.) que você escolheu para responder o questionário:

Em resumo, o questionário deverá ser preenchido baseado em:

Sua relação atual com seu(sua)terapeuta;

Sua relação atual(ou num passado recente) com a pessoa importante;

Sua relação com a mãe e o pai na sua infância, até onde você consegue lembrar.

TRABALHE FRASE POR FRASE E ASSINALE, COM RELAÇÃO ÀS PESSOAS ACIMA MENCIONADAS, O GRAU DE CONCORDÂNCIA QUE REPRESENTA MAIS A SUA SITUAÇÃO.

Favor responder, sempre, conforme indicado, todos os itens e assinale apenas um X em cada linha referente a sua relação com o terapeuta e apenas um X em cada linha referente a sua relação com a pessoa importante que você escolheu! Muito obrigado!

Exemplo:

Comportamento dele/dela	Minha própria reação	Terapeuta	Pessoa importante
Quando ele/ela age da seguinte forma	Eu faço o seguinte	Discordo Discordo levemente Concordo levemente Concordo Concordo plenamente	Discordo Discordo levemente Concordo levemente Concordo Concordo plenamente
Ele/ela se impõe	Eu também me imponho Eu o/a trato amigavelmente Eu me submeto Eu o/a agrido verbal ou fisicamente		

3)O que você sente após um confronto com o seu terapeuta e com a pessoa importante em sua vida?

Após um confronto com ele/ela, eu me vivencio da seguinte forma...	Terapeuta				Pessoa importante			
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo plenamente
-Eu ajo de forma independente -Eu sigo minhas próprias idéias -Eu me trato amigavelmente -Eu procuro satisfazer as minhas necessidades								
-Eu me sujeito às minhas obrigações -Eu me contenho -Eu fico brabo comigo mesmo -Eu descuido das minhas necessidades								

4) Como você reage ao comportamento de seu(sua) terapeuta e da pessoa importante em sua vida quando ele/ela se comporta ou caso ele/ela se comportasse da seguinte forma:

Comportamento dele/dela	Minha própria reação	Terapeuta					Pessoa importante				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Quando ele/ela age da seguinte forma	Eu faço o seguinte										
Ele/ela se impõe	Eu também me imponho Eu o/a trato amigavelmente Eu me submeto Eu o/a agrido verbal ou fisicamente										
Ele/ela me trata amigavelmente	Eu me imponho Eu também o/a trato amigavelmente Eu me submeto Eu o/a agrido verbal ou fisicamente										
Ele/ela se submete	Eu me imponho Eu o/a trato amigavelmente Eu também me submeto Eu o/a agrido verbal ou fisicamente										
Ele/ela me agride verbal ou fisicamente	Eu me imponho Eu o/a trato amigavelmente Eu me submeto Eu também o/a agrido verbal ou fisicamente										

5)Qual a reação de seu(sua) terapeuta e da pessoa importante em sua vida em relação a você, quando você se comporta ou caso você se comportasse da seguinte forma:

Quando eu ajo da seguinte forma	Ele/ela faz o seguinte...	Terapeuta					Pessoa importante				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Eu me imponho	Ele/ela também se impõe Ele/ela me trata amigavelmente Ele/ela se submete Ele/ela me agride verbal ou fisicamente										
Eu o/a trato amigavelmente	Ele/ela se impõe Ele/ela também me trata amigavelmente Ele/ela se submete Ele/ela me agride verbal ou fisicamente										
Eu me submeto	Ele/ela se impõe Ele/ela me trata amigavelmente Ele/ela também se submete Ele/ela me agride verbal ou fisicamente										
Eu o/a agrido verbal ou fisicamente	Ele/ela se impõe Ele/ela também me trata amigavelmente Ele/ela se submete Ele/ela também me agride verbal ou fisicamente										

ESTA PARTE TRATA DA SUA RELAÇÃO COM OS SEUS PAIS QUANDO VOCÊ ERA CRIANÇA.

1) No geral, qual era seu tipo de comportamento em relação ao seu pai e também a sua mãe?

	Pai					Mãe				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Eu fazia o seguinte...										
-Eu me impunha -Eu o/a tratava amigavelmente -Eu me submetia -Eu o/a agredia verbal ou fisicamente										

2) No geral, qual era o comportamento de seu pai e de sua mãe?

	Pai					Mãe				
	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Ele/ela fazia o seguinte...										
-Ele/ela se impunha -Ele/ela me tratava amigavelmente -Ele/ela se submetia -Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente										

3) Como você se sentia depois de um confronto com seu pai e sua mãe?

Após um confronto com ele/ela, Eu me vivenciava da Seguinte forma...	Pai	Mãe
	Discordo Discordo levemente Concordo levemente Concordo Concordo plenamente	Discordo Discordo levemente Concordo levemente Concordo Concordo plenamente
-Eu agia de forma independente -Eu seguia minhas próprias idéias -Eu me tratava amigavelmente -Eu procurava satisfazer as minhas necessidades		
-Eu me sujeitava às minhas obrigações -Eu me continha -Eu ficava brabo comigo mesmo -Eu descuidava das minhas necessidades		

4)Qual era a sua reação na infância quando seu pai ou sua mãe se comportavam ou se eles tivessem se comportado da seguinte forma:

Quando ele/ela agia da seguinte forma	Eu fazia o seguinte...	Pai					Mãe				
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente
Ele/ela se impunha	Eu também me impunha Eu o/a tratava amigavelmente Eu me submetia Eu o/a agredia verbal ou fisicamente										
Ele/ela me tratava amigavelmente	Eu também me impunha Eu também o/a tratava amigavelmente Eu me submetia Eu o/a agredia verbal ou fisicamente										
Ele/ela se submetia	Eu também me impunha Eu o/a tratava amigavelmente Eu também me submetia Eu o/a agredia verbal ou fisicamente										
Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente	Eu também me impunha Eu o/a tratava amigavelmente Eu me submetia Eu também o/a agredia verbal ou fisicamente										

5)Qual era a reação de seu pai e de sua mãe na infância em relação a você, quando você se comportava ou caso você se comportasse da seguinte forma:

Quando eu agia da seguinte forma	Ele/ela fazia o seguinte...	Pai			Mãe							
		Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo plenamente	
Eu me impunha	Ele/ela também se impunha Ele/ela me tratava amigavelmente Ele/ela se submetia Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente											
Eu o/a tratava amigavelmente	Ele/ela se impunha Ele/ela também me tratava amigavelmente Ele/ela se submetia Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente											
Eu me submetia	Ele/ela se impunha Ele/ela me tratava amigavelmente Ele/ela também se submetia Ele/ela me agredia verbal ou fisicamente											
Eu o/a agredia verbal ou fisicamente	Ele/ela se impunha Ele/ela me tratava amigavelmente Ele/ela se submetia Ele/ela também me agredia verbal ou fisicamente											

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO C

DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE - DSQ-40

Nome: _____ Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente