

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Transtorno de Estresse Agudo: Um estudo sobre as características de personalidade e estilos defensivos em pacientes vítimas de trauma físico**

**MÁRCIA ROSANE MOREIRA SANTANA**  
Bolsista CAPES

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena Freitas

Coorientador: Prof. Dr. Cláudio Simon Hutz

Porto Alegre, abril de 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Transtorno de Estresse Agudo: Um estudo sobre as características de personalidade e estilos defensivos em pacientes vítimas de trauma físico**

MÁRCIA ROSANE MOREIRA SANTANA

Bolsista CAPES

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena Freitas**

**Coorientador: Prof. Dr. Cláudio Simon Hutz**

Porto Alegre, Brasil  
2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Santana, Márcia Rosane Moreira

Transtorno de Estresse Agudo: Um estudo sobre as características de personalidade e estilos defensivos em pacientes vítimas de trauma físico. / Márcia Rosane Moreira Santana. -- 2015.

58 f.

Orientadora: Lúcia Helena Freitas.

Coorientador: Cláudio Simon Hutz.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Transtorno de estresse agudo. 2. Mecanismos de defesa. 3. Personalidade. I. Freitas, Lúcia Helena, orient. II. Hutz, Cláudio Simon, coorient. III. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> Lúcia Freitas, por me acolher em seu grupo de pesquisa, pelos ensinamentos e principalmente pela confiança que existiu nessa parceria.

Ao meu coorientador Dr. Cláudio Hutz, pela receptividade e disponibilidade.

À professora Keila Ceresér, que, desde o primeiro momento, com sua postura acolhedora e competente, auxiliou-me com a famosa “estatística”.

À minha colega Bibiana Malgarim, minha companheira de todas as horas! Juntas, conseguimos enfrentar os obstáculos e chegar ao destino.

À Karla Acosta e Angélyca Bernardy, que, com sua responsabilidade, empenho e dedicação, auxiliaram-me incansavelmente durante todo o período de coletas de dados.

À Stefania Pigatto, pela disponibilidade em prestar auxílio, sempre que necessário.

Ao Dr. Emílio Salle e Renato Piltcher, pela parceria comprometida que juntos formamos.

Aos pacientes, que, em um momento delicado de suas vidas, dispuseram seu tempo para contribuir com a pesquisa.

Agradeço a minha mãe, pelo amor incondicional e incentivo para que eu conquiste meus objetivos.

Aos meus avós Rubem e Maria de Lourdes, por existirem e estarem sempre ao meu lado com um olhar motivador e desejos de sucesso.

Ao meu noivo Iuri, pela compreensão e companheirismo.

As minhas irmãs, por sempre estarem presentes nos momentos importantes de minha vida.

As minhas sobrinhas Alicia e Isabela, por me fazerem enxergar a vida de forma mais leve e colorida.

## SUMÁRIO

RESUMO	01
ABSTRACT	02
LISTA DE ABREVIATURAS	03
1. APRESENTAÇÃO	04
2. INTRODUÇÃO	05
3. REVISÃO DA LITERATURA	08
3.1 Trauma	08
3.2 Transtorno de Estresse Agudo	10
3.3 Mecanismos de Defesa	14
3.4 Personalidade	20
4. JUSTIFICATIVA	24
5. OBJETIVOS	24
5.1 Objetivo Geral	24
5.2 Objetivo Específico	24
6 HIPÓTESES	25
7. ARTIGO	26
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
10. ANEXO	58

## RESUMO

O Transtorno de Estresse Agudo (TEA) reúne o conjunto dos sintomas presentes nos indivíduos diante exposição a um evento traumático. A maneira como os indivíduos enfrentam os acontecimentos da vida está relacionada a vários fatores como as características de personalidade e ao estilo defensivo, ambos com uma importante influência no momento pós-trauma. O objetivo desta investigação foi pesquisar as características de personalidade e o estilo defensivo em pacientes que sofreram trauma físico e desenvolveram TEA. O delineamento utilizado foi um estudo transversal controlado. A amostra foi por conveniência, composta por 18 pacientes com TEA e 42 pacientes sem TEA que sofreram trauma físico e necessitaram de internação em um Hospital referência em trauma em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os instrumentos utilizados foram um questionário estruturado, entrevista clínica, questionário de nível sócio econômico (NSE), questionário de Estilo Defensivo (DSQ), Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e “*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*” (M.I.N.I.). Resultados: Os dois grupos apresentaram uma distribuição homogênea em relação às variáveis clínicas e demográficas. Indivíduos com TEA apresentaram médias elevadas no fator de Neuroticismo da Bateria Fatorial de Personalidade, bem como nas sub-facetadas de vulnerabilidade, instabilidade emocional e depressão. Em relação aos mecanismos defensivos foi demonstrado que a projeção, a agressão passiva, a atuação, o deslocamento, a cisão e a somatização podem estar relacionados a uma maior chance para o desenvolvimento de transtorno de estresse agudo em vítimas de trauma físico. Nesta amostra, os pacientes que desenvolveram transtorno de estresse agudo utilizaram mecanismos de defesas mais primitivos quando comparados aos indivíduos que não desenvolveram TEA. Além disso, são pessoas mais instáveis emocionalmente, apresentando um padrão de comportamento negativo em relação aos eventos cotidianos.

Palavras-chave: Transtorno de estresse agudo; Mecanismos de defesa; Personalidade.

## **ABSTRACT**

The Acute Stress Disorder (ASD) covers all the symptoms present in individuals before exposure to a traumatic event. The way individuals face the events of life is related to several factors such as personality characteristics and defensive style, both with an important influence in the post traumatic moment. The purpose of this research is to investigate the personality characteristics and defensive style in patients who have suffered physical trauma and developed ASD. The delimitation used was a controlled cross-sectional study. A convenience sample was used, consisting of 18 patients with ASD and 42 healthy who have suffered physical trauma and required admission to a referral hospital in trauma in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The instruments used were a structured questionnaire, clinical interview, questionnaire (NSE), Defensive Style Questionnaire (DSQ), Factorial Personality Battery (BFP) and The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Results: The two groups presented a homogeneous distribution in relation to clinical and demographic variables. Individuals with ASD had a high average in Neuroticism factor of Personality Factor Battery and the vulnerability of sub-facets, emotional instability and depression. In relation to the defensive mechanisms it has been shown that the projection, passive aggression, acting, displacement, division and somatization may be related to a greater chance for the development of acute stress disorder in physical trauma. In this sample, patients who developed acute stress disorder used more primitive defense mechanisms when compared to the patients without acute stress disorder. Besides that, they are more emotionally unstable people, having a negative pattern of behavior in relation to the daily events.

**Keywords:** Acute stress disorder; Defense mechanisms; Personality.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

TEA - Transtorno de Estresse Agudo

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

MD - Mecanismos de defesa

BFP - Bateria Fatorial de Personalidade

DSQ - *Defense Style Questionnaire*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

MINI - *The Mini-International Neuropsychiatric Interview*

## **1 APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Transtorno de Estresse Agudo: Um estudo sobre as características de personalidade e estilos defensivos em pacientes vítimas de trauma físico**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 07 de abril de 2015. O trabalho é apresentado, na ordem que segue:

1. Introdução,
2. Revisão da Literatura,
3. Objetivos,
4. Justificativa
5. Hipóteses,
6. Artigo: “**Personality traits and psychological defense styles in acute stress disorder following physical trauma**”,
7. Considerações Finais.

## 2 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios de suas obras, Freud (1895/1996) introduziu o conceito de trauma, o qual foi sendo explorado ao longo de seus trabalhos. Em 1920, o termo foi utilizado, por Freud, para descrever as reações psicológicas diante de acidentes ferroviários e o impacto da morte em indivíduos veteranos de guerra. A expressão que antes era utilizada para referir acidentes corporais foi acrescida de uma compreensão psíquica com uma noção de casualidade e tratamento (FREUD, 1920/1996; SCHESTATSKY et al., 2003).

Os eventos traumáticos decorrentes de grandes catástrofes e violência urbana têm sido cada vez mais frequentes em nossa sociedade. Eles estão associados ao surgimento e à gravidade de alguns transtornos, como o Transtorno de Estresse Agudo (TEA) e ao desenvolvimento de outros quadros psicopatológicos, como, por exemplo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (FRIEDMAN, 1995 apud WALDO, 2001; MARGIS, 2003; ANDREOLI et al., 2009; BRESSAN et al., 2009; BRYANT, 2010).

O Transtorno de Estresse Agudo é composto por um conjunto de sintomas que são as primeiras reações que o indivíduo apresenta frente ao evento traumático. O transtorno consiste em perturbações psíquicas, semelhantes àquelas do TEPT, com duração máxima de um mês. De acordo com o DSM V (2013), a prevalência do Transtorno de Estresse Agudo em uma população exposta a um sério estresse traumático é, em média, de 7% a 28%. Esse dado relaciona-se diretamente com a gravidade e persistência do trauma, assim como o grau de exposição ao mesmo (APA, 2013).

Na área do trauma, a grande maioria dos estudos publicados tem seu foco no TEPT, não sendo encontradas muitas pesquisas que explorem o entendimento sobre o TEA. Acredita-se que um dos motivos que leve à escassez de estudos sobre o TEA é o fato de o transtorno apresentar um curso relativamente curto, com duração entre 3 a 30 dias, sendo o TEPT uma forma de sua evolução (DAVIDSON; SMITH, 1990; DANSKY et al., 1997; McFARLANE, 2000).

Na área do trauma, a grande maioria dos estudos publicados tem seu foco no TEPT, não sendo encontradas muitas pesquisas que explorem o entendimento sobre o TEA. Acredita-se que um dos motivos que leve à escassez de estudos sobre o TEA é o fato de o transtorno apresentar um curso relativamente curto, com duração entre 3 a 30 dias, sendo o TEPT uma forma de sua evolução (DAVIDSON; SMITH, 1990; DANSKY et al., 1997; McFARLANE, 2000).

Alguns autores (CAVALCANTE; MORITA; HADDAD, 2014) destacam que deverão ser elaborados estudos exploratórios na área do trauma com o objetivo de definir as principais variáveis e grupos-alvo; avaliar a comorbidade; incidência de ansiedade e depressão; alterações da personalidade, entre outras questões, assim, situando os fatores de risco e de proteção. Com o intuito de auxiliar na compreensão das lacunas existentes, esta dissertação propõe um estudo sobre as características de personalidade e mecanismos defensivos que podem estar relacionados com maior chance de os indivíduos desenvolverem TEA.

A constituição da personalidade compõe-se pelos aspectos hereditários, experiências precoces e a interação com o meio (FREUD 1916/1996). Ela é constituída nos primeiros anos de vida e permanece em constante construção no decorrer do ciclo vital. Essa base, que se estrutura desde a infância, proporcionará as características de interação do indivíduo com o ambiente.

Para aferição das características de personalidade, o estudo utilizou a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), um instrumento bastante reconhecido na área de avaliação da personalidade, sendo, no Brasil, uma das mais importantes referências para tal. O instrumento baseia-se nos “*Big Five Factors*”, que são os cinco grandes fatores de personalidade, avaliando-a em cinco facetas: neuroticismo, extroversão, socialização, abertura e realização.

A conceitualização de defesa surge, com Freud (1894/1996), para se referir às manifestações do Ego frente às exigências das outras instâncias psíquicas, constituindo-se, também, em uma proteção perante situações de perigo. Diante de situações estressantes, o ego ativar os diferentes mecanismos de defesa com a finalidade de se proteger de um possível desprazer psíquico, anunciado por sentimentos de ansiedade, medo, culpa, entre outros.

O estudo dos mecanismos de defesa (MD) é relevante porque os estilos defensivos de uma dada personalidade indicam o modo com que o indivíduo enfrenta as situações cotidianas, assim como as situações de estresse (VAILLANT, 1934; VAILLANT, 1973). A detecção de tipos de padrão de funcionamento defensivo

específico dos indivíduos traumatizados, que possibilite diferenciá-los dos indivíduos que se adaptam rumo a uma vida mais integrada, significa um importante avanço para a área do trauma e para a saúde pública em termos de prevenção de agravos à saúde.

A avaliação dos mecanismos de defesa foi realizada através do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ). Esse instrumento classifica os mecanismos em defesas maduras, neuróticas e imaturas. As maduras são considerados bem-sucedidos por conseguirem melhor adaptação entre mundo interno e externo. As neuróticas permitem que alguns componentes dos conteúdos mentais indesejáveis cheguem à consciência de forma encoberta e/ou distorcida através das formações de compromisso do conflito psíquico. Os MD imaturos ou ineficazes são aqueles que acabam por constituir um ciclo de repetições, o que é característico nas neuroses e outras patologias (ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989; ANDREWS; SINGH; BOND, 1993; BOND, 2004).

A partir da proposta do estudo de avaliar as características de personalidade e estilos defensivos nos pacientes que sofreram traumas físicos, pretende-se contribuir de maneira a facilitar o diagnóstico do transtorno, prevenindo o agravamento do quadro e possíveis evoluções para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 TRAUMA**

Em termos de Manual Diagnóstico, o trauma ocorre após exposição a um evento traumático no qual o indivíduo vivenciou, testemunhou ou foi confrontado com um ou mais eventos que envolveram morte, grave ferimento ou uma ameaça à integridade física própria ou de outros (APA, 2013).

Na teoria psicanalítica, o termo Trauma surge com Sigmund Freud, em 1895, nos estudos sobre as neuroses. Ele é utilizado para definir acontecimentos na vida do indivíduo caracterizados pela sua intensidade e pela incapacidade do mesmo para responder de forma adequada; pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provocam na organização psíquica (FREUD 1895/1996; FREUD, 1926/1996; LAPLANCHE; PONTALIS, 1991; GARLAND, 2000; ZIMERMAN, 2001; GARLAND, 2005).

Em 1926, Freud inclui na sua conceitualização os traumas mais ocultos e algumas vezes insidiosos, os quais se referem a vivências de abandono, a separações traumáticas e ao medo da perda do amor de pessoas significativas. De acordo com Freud (1926/1996), esses traumas psicológicos ficam representados no ego da criança, de modo que, posteriormente, acontecimentos aparentemente banais podem incidir e evocar essas representações traumáticas. Esse processo determina um estado de desamparo, muitas vezes, acompanhado pela intensa angústia de um estado de pânico totalmente desproporcional ao fator desencadeante.

Quando o trauma ocorre em um momento precoce do desenvolvimento, pode estar associado a uma maior incidência de psicopatologias. Em 1938, usando a metáfora do embrião humano, Freud alerta para as consequências psicológicas do trauma precoce: “Uma agulhada em um organismo desenvolvido é inofensivo, porém, se for em uma massa de célula, no ato da divisão celular, promoverá uma profunda alteração no desenvolvimento daquele ser humano em formação” (FREUD, 1938/1996).

O termo está diretamente ligado aos acontecimentos, à capacidade do ego de poder processar a angústia e à dor psíquica provocada. O trauma pode ser entendido como uma frustração frente a qual o ego sofre uma injúria psíquica, não consegue processá-la e recai num estado em que se sente desamparado e atordoado (ZIMERMAN, 1999; VAN der KOLK, WEISAETH; VAN DER HART, 1971 apud

VREEKE, 2012).

Freud (1926/1996) enfatizou ainda a importância decisiva da intensidade dos estressores traumáticos, da ausência de descargas apropriadas, verbais ou motoras, para aliviá-la e do despreparo dos indivíduos para seu enfrentamento, desse modo, causando o rompimento do que chamou de “barreira de estímulos”. Essa barreira protegeria o ego das estimulações excessivas dos agentes externos. Quando o sujeito é exposto a um evento traumático de forma inesperada, o ego, não preparado para acionar as defesas protetoras do psiquismo, encontra-se incapaz de lidar com a intensidade da estimulação. O organismo, ao deparar-se com seu aparelho mental inundado por essa intensa e inesperada estimulação, manifesta como consequência um estado de paralisia mental e intensa instabilidade emocional. Com o rompimento das defesas psíquicas, o organismo lançará mão dos recursos possíveis para de alguma forma restabelecer condições de funcionamento, que reduzam o desconforto da dor psíquica (FREUD, 1926/1996).

Os indivíduos reagem a situações traumáticas de formas diferentes. O impacto do trauma na estrutura psíquica do ser humano dependerá de muitos fatores, como a representação simbólica do fato, características de personalidade, doença psiquiátrica prévia, histórico de trauma prévio, constelação familiar. Esses fatores serão decisivos na vulnerabilidade ou proteção dos indivíduos em relação ao desenvolvimento de sofrimento relacionado ao trauma (NALLY, 2003; GAUER et al., 2003; TOLIN; FOA, 2006; PERRY; HEIDRICH; RAMOS, 1981).

Há indivíduos mais vulneráveis a vivenciar situações de trauma do que outros; por sua vez, há quem lide melhor com as experiências negativas, que, por isso, demonstrará mais competência, maior autoestima, sentimentos de autoeficácia, revelando-se de forma mais positiva em relação à vida, com capacidade de dar significado às experiências. Assim, nem todo o trauma é devastador, pois se o trauma ocorrer em uma mente que possua autoproteção, através de suas estratégias de defesas, não promoverá danos permanentes ao psiquismo (CARVAJAL et al., 2001; HERMAN apud WALDO; SOUGEY, 2001).

Os acontecimentos externos traumáticos costumam ser administrados pelo ego do indivíduo por meio de uma lenta elaboração e até mesmo por uma repetição de sonhos traumáticos. Esse fato serviu para alguns autores, inclusive Freud (1920/1996), retificarem que nem todos os sonhos representam somente satisfação de desejos, mas, sim, que podem significar uma tentativa de elaboração de outras angústias, o que se denomina Compulsão a Repetição (ZIMERMAN,1999;

ZIMERMAN, 2001; ZIMERMAN, 2004; NASIO, 2013).

Mesmo estando o perigo afastado e confinado ao passado, o indivíduo pós-traumatizado continuamente revive o acontecido, vivenciando-o como experiência atual, em vez de aceitá-lo como algo pertencente ao passado. Com isso, torna-se incapaz de retomar o curso de sua vida, como se o tempo parasse no momento do trauma (HERMAN apud WALDO; SOUGEY, 2001).

Ressalta-se, então, que um evento traumático não pode ser entendido unicamente como experiência externa, pois, quando instalado, ele será reinterpretado na mente e relacionar-se-á com os recursos internos do indivíduo de modo a superá-lo ou não. É importante o estabelecimento de um diálogo interno entre os objetos externos e suas representações para melhor enfrentamento do trauma.

### **3.2 TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO**

Esta seção aborda o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo. A compreensão de sua origem foi desenvolvida a partir do levantamento a respeito do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, pois o mesmo deu origem ao conceito de TEA nos manuais diagnósticos (APA, 1994).

Ao longo da história da psiquiatria, os fenômenos traumáticos vêm recebendo maior atenção. Os conceitos de trauma e neurose traumática foram propagando-se durante a Guerra do Vietnã e encontraram solo fértil no movimento contra a violência e os efeitos psicológicos nocivos em populações envolvidas em conflitos armados. Após as duas grandes Guerras Mundiais, o trauma psíquico começou a ser diagnosticado na população, fazendo com que as características emocionais decorrentes desses eventos fossem amplamente estudadas (OZER et al., 2003).

Segundo Ozer et al. (2003), o estudo sobre o tema se fortalece quando verificado que os sobreviventes de guerras e de campos de concentração obedeciam a um conjunto de sintomas semelhantes às mulheres vítimas de violência. Com isso, ficou evidente, ao longo das décadas de 1980 e 1990, que as diversas situações de trauma poderiam produzir efeitos comparáveis àqueles do combate. O que parecia ser um fenômeno restrito apenas à guerra, originando as chamadas “neuroses de guerra”, revelou-se muito mais amplo.

O diagnóstico do TEPT foi, então, fomentado pelas observações clínicas de veteranos de guerra, culminando na proposta de diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na terceira versão do Manual Diagnóstico de Doenças

Psiquiátricas (DSM) (APA, 1980; SHER, 2004).

De acordo com o Manual Diagnóstico de Doenças Psiquiátricas, o TEPT é um transtorno que pode ocorrer pela exposição a um trauma; experiência pessoal de acontecimento que envolva morte ou ameaça de morte; ferimento grave ou ameaça à integridade física; pelo testemunho de um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à vida de outra pessoa; pelo conhecimento de morte inesperada ou violenta; ferimento grave ou ameaça de morte, ou doença grave de um familiar próximo. Envolve também respostas a medo intenso, impotência ou horror (APA, 1980).

Esses critérios, inicialmente resultados de uma compilação de sintomas da literatura especializada, do exame detalhado de fichários clínicos e de um cuidadoso processo político, foram posteriormente refinados por cuidadosas pesquisas de campo clínicas e epidemiológicas. A partir desse processo, o TEPT foi, então, reavaliado para sua inclusão no DSM-IV, em 1994 (APA,1994; SCHESTATSKY et al., 2003).

Em termos diagnósticos, a maior modificação que ocorreu na transição do DSM III R (1987) para o DSM IV (1994) trata-se da definição do conceito de trauma no que diz respeito à natureza do critério estressor. Enquanto o DSM III R enfatizava que o trauma é uma experiência fora da normalidade, ou seja, que precisava estar excluída da média da experiência humana comum, um grande número de evidências sugeria que os desencadeantes típicos do trauma eram eventos relativamente comuns na vida das pessoas. Breslau e Kessler (2001) documentaram que a exposição a eventos traumáticos é tão prevalente que não fazia sentido insistir que os estressores estivessem fora da gama de experiências humanas normais.

Enquanto se pensava que a severidade dos sintomas pós-traumáticos fosse diretamente proporcional à severidade do estressor, estudos empíricos sugeriam o contrário. Perry, Heidrich e Ramos (1981) encontraram, em uma investigação com 51 pacientes queimados, que ferimentos menores estavam mais relacionados a predição de TEPT, concluindo então que o dano mais severo ou extenso não era a causa de sintomas traumáticos. Ou seja, neste contexto, o TEPT está muito mais relacionado a fatores subjetivos do que ao evento estressor propriamente dito (GAUER et al., 2003).

A partir de inúmeras considerações neste sentido, o critério de estresse foi revisto no DSM IV (1994), passando a enfatizar a resposta subjetiva do indivíduo ao evento, isto é, o quão ameaçador e aterrorizante foi o trauma para aquele

determinado indivíduo, sem mencionar a “anormalidade” do evento. Com a alteração a respeito do estressor, a partir do DSM IV, produziu-se um aumento de 20% nos eventos potencialmente classificados como estressores (BRESLAU; KESSLER, 2001). Essa reformulação propiciou um aumento na prevalência do TEPT na população geral. Ademais, deram-se várias mudanças metodológicas em estudos epidemiológicos na avaliação do TEPT, as quais, além de possibilitarem um diagnóstico mais apurado sobre o transtorno, contribuem para a elevação da prevalência na população.

Além disso, o advento do DSM IV trouxe nova categoria diagnóstica: o Transtorno de Estresse Agudo, esse diagnóstico surge para dar conta daquelas reações que ocorrem logo após a exposição ao evento estressor traumático, bem como a possibilidade de utilizar essas reações na predição de resultados negativos em um futuro próximo (NALLY, 2003). Os critérios diagnósticos de TEA foram modelados a partir dos critérios existentes, desde o DSM III, para TEPT.

Os critérios para Transtorno de Estresse Agudo consistem em perturbações psíquicas, semelhantes àquelas do TEPT, que ocorrem em muitos indivíduos após um trauma, com duração máxima de um mês. Esse passa, então, a ser também um diagnóstico bastante importante porque um diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo parece predispor o indivíduo ao TEPT (CREAMER, 2004; BRYANT et al., 2010).

De acordo com o DSM V, o TEA é diagnosticado pela exposição à morte ou ameaça de morte, lesões graves ou violência sexual, a partir de uma (ou mais) das seguintes formas: vivenciar diretamente o evento traumático; testemunhar, pessoalmente o evento acontecendo a outra pessoa; tomar conhecimento de que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo; vivenciar exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático. Esses sintomas devem estar acrescidos da presença de nove (ou mais) dos sintomas de qualquer das cinco categorias: intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e hiperexcitação, tendo esses começado ou piorado após a ocorrência do evento traumático. É preciso que os sintomas durem pelo menos de três até trinta dias após o trauma e que o transtorno cause perturbações clinicamente significativas e/ou prejuízo no funcionamento social, laboral ou de outras áreas importantes da vida, não sendo atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância psicoativa (ex. medicações, álcool) ou a outra doença médica, ou que não seja melhor justificado por um diagnóstico de transtorno psicótico breve (APA, 2013).

O TEA, além de apresentar os mesmos critérios estressores do TEPT, exige a presença de pelo menos três dos seguintes sintomas dissociativos: amnésia de aspecto importante do trauma; despersonalização; desrealização; uma consciência diminuída do ambiente em volta; ou uma sensação subjetiva de desligamento, entorpecimento ou falta de resposta emocional.

As causas mais conhecidas que envolvem os transtornos traumáticos são a exposição ao combate militar, a agressão sexual, os acidentes naturais, os acidentes causados pelo homem e os causados por violência urbana, que englobam acidentes de trânsito, assaltos e violência doméstica. Em relação ao TEPT, estudos mostram que as respostas a eventos traumáticos são estatisticamente semelhantes entre homens e mulheres. Contudo não há dados publicados neste sentido em relação ao TEA (NORRIS et al., 2002; YEHUDA, 2002; BUTING, 2013).

Conforme o DSM V, a prevalência do Transtorno de Estresse Agudo em uma população ocorre, em média, em 7% a 28% dos indivíduos após um trauma. Destaca-se ainda que essas taxas podem ser mais elevadas quando o trauma ocorrer nos contextos de estupro e assalto (APA, 2013). A variação da prevalência do transtorno, descrita no DSM V, é ratificada na literatura (CREAMER, 2004; BRYANT et al., 2010). Outros estudos (HARVEY; BRYANT, 1999; 2000) diagnosticaram transtorno de estresse agudo em 16% de 62 pacientes hospitalizados vítimas de acidentes com veículos automotores e em 14% de 79 pacientes hospitalizados após lesão cerebral traumática. Apesar da variabilidade na prevalência, pode-se constatar que o TEA é um transtorno prevalente na população (NORRIS et al., 2002).

Em relação às comorbidades psiquiátricas, estudos revelam que a população que desenvolveu estresse traumático apresenta maior prevalência de transtornos psiquiátricos quando comparada aos indivíduos que não desenvolveram quadros de estresse (FRIEDMAN, 1995 apud WALDO; CAMARA; SOUGEY, 2001; MARGIS, 2003; BERLIM; PERIZZOLO; FLECK, 2003; KAPCZINSKI; MARGIS, 2003). Outros autores citam um estudo epidemiológico americano, referindo que os indivíduos traumatizados têm probabilidade duas vezes maior de apresentarem comorbidades, chegando até 80% (McFARLENE; PAPAY, 1992). Nos estudos de Kessler et al. (1995), essas taxas chegaram a 88,8% nos homens e 79% nas mulheres, destacando-se os transtornos de humor, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas. Davidson (1999) enfatiza que a comorbidade pode ser ainda maior e atingir uma prevalência de 92% em pacientes traumatizados.

Neste trabalho, o TEA foi diagnosticado por meio de uma entrevista clínica

baseada nos critérios diagnósticos do DSM-V (2013). Os dados sobre o evento traumático foram aferidos com base em um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores.

As comorbidades psiquiátricas foram avaliadas pelo “*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*” (M.I.N.I), o qual consiste em uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10. O instrumento é destinado à utilização na prática clínica e na pesquisa, podendo gerar diagnósticos dos principais transtornos psicóticos e do humor presentes no DSM-IV.

### **3.3 MECANISMOS DE DEFESAS**

Em seu trabalho sobre *As Neuropsicoses de Defesa*, Sigmund Freud (1894) descreveu, pela primeira vez, o conceito de defesa, tornando-o um marco na teoria psicanalítica. As defesas foram descritas por Freud como sendo processos psíquicos inconscientes que aliviam o ego (eu) do estado de tensão psíquica entre o id intrusivo, o superego ameaçador e as pressões que emanam da realidade externa. As defesas são as mediadoras entre o mundo interno (desejos, pulsões e ansiedades) e o mundo externo do indivíduo, assim, determinando o tipo de relação do mesmo com o ambiente (FREUD, 1926/1996; LAPLANCHE; PONTALIS, 1991).

Em 1936, Anna Freud, em seu livro "O Ego e os Mecanismos de Defesa", aprofundou o estudo sobre as defesas elaborando uma lista de métodos de defesas, os quais passaram a ser chamados de Mecanismos de Defesa (MD) do Ego. Nesse contexto, os mecanismos de defesa descrevem não apenas um processo intrapsíquico inconsciente, mas também manifestações desses na forma de comportamentos que são, consciente ou inconscientemente, designados para conciliar pulsões internas com as demandas exteriores.

Cada sujeito utiliza uma seleção de mecanismos de defesa, o que caracteriza o ego como instância. O conjunto de defesa utilizado pelos indivíduos compõe seu estilo defensivo, que irá refletir uma dimensão importante da personalidade. O estilo defensivo se expressa como modelos continuados de reação do caráter, os quais são repetidos durante toda a vida. Esse padrão funciona como um fator de risco ou de proteção aos sujeitos (FREUD, 1926/1996).

Na perspectiva de Bergeret (2006), o ideal é possuir defesas muito diversificadas e flexíveis para permitir um jogo pulsional suficiente, não oprimindo o

id e levando em conta a realidade sem inquietar o superego. Isso permite ao ego se enriquecer constantemente. Os mecanismos de defesa não representam apenas o conflito e a psicopatologia, são também uma forma de adequação.

O que torna as defesas um aspecto prejudicial é sua utilização ineficaz ou então sua não adaptação à realidade. Portanto, um indivíduo ficará doente porque as defesas que utiliza habitualmente se mostram ineficazes, rígidas ou mal-adaptadas às realidades interna e externa. A utilização excessiva de uma mesma defesa deixa o funcionamento mental entravado em sua flexibilidade, harmonia e adaptação. O padrão único de funcionamento mental e por tempo prolongado impede a pessoa de buscar formas mais efetivas de enfrentar as diferentes situações (BERGERET, 2006).

Os mecanismos de defesa são classificados por níveis de maturidade em: defesas maduras, neuróticas ou imaturas. As defesas maduras (sublimação, humor, antecipação e supressão) auxiliam o ego a ajustar-se diante das demandas, indicando um enfrentamento melhor adaptado às diferentes situações de vida. Nessa condição, o ego integrará adequadamente o passado e o presente, assim como as realidades interna e externa (VAILLANT,1973; ANDREWS; SING; BOND,1993; KIPPER et al., 2004).

Freud (1894/1996) destacou que os mecanismos de defesa neuróticos (anulação, pseudoaltruísmo, idealização e formação reativa) permitem que alguns componentes dos conteúdos mentais indesejáveis cheguem à consciência de forma encoberta e/ou distorcida a partir das formações de compromisso do conflito psíquico (ANDREWS; SING; BOND, 1993). Dessa forma, o indivíduo consegue manter fora da consciência ansiedades, emoções, ideias, memórias, desejos, temores, ou seja, todos aqueles conteúdos potencialmente ameaçadores. São as defesas que alteram os conteúdos internos e a expressão das pulsões. No que tange ao fortalecimento do ego, a eficiência desses mecanismos depende de quão exitosamente este alcance maior ou menor integração dessas forças mentais conflitantes. As diferentes modalidades de formação de compromisso poderão (ou não) vir a tornar-se sintomas psiconeuróticos. Esse estilo defensivo manifesta-se, frequentemente, nas neuroses ou em situações de ansiedade aguda nos adultos (VAILLANT, 1973).

Em compensação, quando o ego é frágil, ocorrerá um processo de regressão a níveis de funcionamento anteriores devido aos pontos de fixação da libido, produzidos durante os estágios de seu desenvolvimento (KAHN, 2003). Se os objetos internalizados pelo indivíduo possuem características primitivas, persecutórias e temidas, o ego ficará empobrecido e, como consequência, estressores agravam ainda

mais a situação de vulnerabilidade da pessoa. Quanto mais o ego estiver bloqueado em seu desenvolvimento, por estar enredado em antigos conflitos ou fixações, apegando-se a formas arcaicas de funcionamento, maior é a possibilidade de sucumbir a essas forças (GARLAND, 2005).

Segundo com Andrews, Sing e Bond (1993), os mecanismos de defesa imaturos são: projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização. As defesas imaturas podem representar uma distorção da realidade, impedindo a pessoa de vê-la com clareza e discernimento (HOLI; SAMMALLAHTI; AALBERG, 1999). Elas se caracterizam por controlar a ansiedade, mantendo os estressores e componentes mentais desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência. As defesas imaturas podem revestir de percepções incorretas diferentes situações, relacionando-as com causas externas e, desta forma, propiciam pior adaptação do sujeito (VAILLANT, 1934; APA, 1994).

Anna Freud em "O Ego e os Mecanismos de Defesa" (1936/2006), formulou a hipótese de que o maior temor do ego é o retorno ao estado de fusão inicial com o id, caso a repressão falhe ou as pulsões sejam intensas demais. Para manter o tipo de organização atingido, o ego procura evitar o retorno dos conteúdos reprimidos.

Pesquisas (ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989; HOLI; SAMMALLAHTI; AALBERG, 1999) que relacionam o uso de mecanismos de defesa com transtornos psiquiátricos, utilizando o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ), apontam que a imaturidade no estilo defensivo se associa fortemente à presença de sintomas psiquiátricos em geral. Outros autores confirmam que os transtornos depressivos e de ansiedade estão associados ao uso mais frequente de defesas imaturas e neuróticas (ANDREWS; SING; BOND, 1993; SPINHOVEN; KOOIMAN, 1997; PRICE, 2007; MAIAL; MOREIRA; FERNADES, 2009).

Autores (POLLOCK; ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989) têm encontrado associação entre o estilo de defesa maduro, imaturo e neurótico com níveis de gravidade da psicopatologia, inclusive podendo esse ser um indicativo de risco para o desenvolvimento de transtornos traumáticos. No que se refere aos pacientes vítimas de trauma, os mecanismos defensivos servem para moderar os níveis de emoção produzidos por estresse e proporcionar tempo para que um indivíduo consiga de alguma forma lidar com as situações traumáticas. Entre eles, os mesmos autores (POLLOCK; ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989), destacam como relevantes a dissociação, negação, projeção, cisão e a formação reativa.

Para Freud (1894), a dissociação ganha um importante papel frente a situações traumáticas, pois, quando as pessoas experimentam “emoções veementes”, mostram-se incapazes de parear as experiências aterrorizantes com os esquemas cognitivos prévios, inconscientes. Como resultado, as memórias da experiência traumática não conseguem ser integradas na consciência e dela permanecem afastadas (BRIERE; SCOTT; WEATHERS, 2005). Freud (1894/1996) identificou também que algo se torna traumático porque fica dissociado e fora da percepção consciente.

A despersonalização é uma reação que também pode estar presente no momento pós-trauma, consistindo em uma sensação de irrealidade e distanciamento de si mesmo. O indivíduo tem a sensação de ser um observador externo dos próprios processos mentais e do próprio corpo. Há, ainda, o sentimento de anestesia sensorial, falta de resposta afetiva, sensação de não ter o controle das próprias ações. Enquanto desordem isolada, é consequência da vivência de uma situação traumática, como maus-tratos (de natureza física ou psicológica), acidentes, desastres (MAIAL; MOREIRA; FERNANDES, 2009).

O mecanismo de negação consiste em uma recusa para perceber fatos perturbadores. Retira do indivíduo não só a percepção necessária para lidar com os desafios inerentes ao evento traumático, mas também a capacidade de valer-se de estratégias de sobrevivência adequadas.

Outro mecanismo defensivo utilizado por vítimas de trauma é a projeção. A projeção ocorre quando o indivíduo reprime suas pulsões, projetando-as no mundo externo. É uma forma de permitir a expressão das forças inconscientes, assim, fazendo com que a mente consciente não os reconheça. O ego projeta, coloca para fora, o que lhe é inadmissível e angustiante. O preço disso para o aparelho psíquico é que, quando a projeção é utilizada de forma intensa, o ego passa a ficar enfraquecido, pois boa parte dele e de suas funções está agora no externo. Esse mecanismo está articulado de forma importante com a dissociação e negação (BERGERET, 2006).

A cisão é uma das defesas mais utilizadas nos estados limítrofes e caracteriza-se pela existência de um empecilho na integração de sentimentos no ego, bem como nas experiências vivenciadas. Colocado de outra forma, o indivíduo lidará com o conflito emocional ou estressores internos/externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar, reunir as qualidades positivas e negativas próprias ou de outros, simultaneamente, em imagens coerentes (BERGERET, 2006).

Ainda, no que se refere aos mecanismos utilizados pelas vítimas de trauma,

destaca-se a Formação Reativa, definida, por Fenichel (2005), como reações na tentativa evidente de negar ou suprimir aspectos intoleráveis, ou defender a pessoa contra um perigo pulsional. Bergeret (2006) aponta que a formação reativa tem um aspecto funcional e útil, contribuindo para a adaptação do sujeito à realidade do ambiente. As formações reativas são capazes de usar impulsos cujos objetivos se opõem aos objetivos do impulso original, ou seja, sua expressão é diretamente oposta ao que permanece obscuro.

Nas vítimas de trauma, a intensidade e duração das defesas poderá configurar uma psicopatologia transitória ou permanente, levando a um desfecho psicopatológico, que pode se manifestar por meio de transtornos, tais como o Transtorno de Estresse Agudo e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Ainda, na área do trauma, os estudos têm buscado verificar a influência do perfil defensivo na predisposição dos indivíduos ao desenvolvimento de transtornos. Contudo a grande maioria das pesquisas investiga o uso dos mecanismos de defesa em pacientes com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, não sendo encontrados estudos que analisem o uso de tais defesas em pacientes com diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo.

Na presente investigação, os mecanismos de defesa foram avaliados por meio do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ), que é um questionário objetivo e autoaplicável, baseado na premissa de que as pessoas são suficientemente capazes de expressar a maneira como respondem a situações de conflito e estresse. Assim, por meio da resposta objetiva, é possível identificar os tipos de funcionamento defensivo do sujeito (BOND et al., 1983; BOND; VAILANT, 1986; BOND 2004). O DSQ avalia os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa, com a intenção de evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconsciente (BOND, 1992; BLAYA et al., 2006).

O *Defensive Style Questionnaire* foi desenvolvido a partir da necessidade de métodos empíricos e objetivos para estudar os mecanismos de defesa e poder avaliar as associações desses com níveis de maturidade, diagnósticos clínicos e outros fenômenos psicológicos (BOND, 1992). O Instrumento avalia vinte defesas psíquicas. Quatro defesas correspondem ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro, ao fator neurótico (anulação, pseudoaltruísmo, idealização e formação reativa) e doze defesas correspondem ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). O

questionário pode fornecer os escores das vinte defesas individuais, calculados pela média dos dois itens correspondentes ou fornecer os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo) também calculados pela média dos itens pertencentes àquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9, onde 1 indica que a pessoa discorda completamente e 9, plena concordância (BLAYA et al., 2003; BLAYA et al., 2004).

### 3.4 PERSONALIDADE

A personalidade é definida como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo na vida cotidiana. Relativamente estável e previsível é tida como um padrão de ação e reação das pessoas (KAPLAN; SADOCK, 1997).

Para Freud (1916/1996), a constituição da personalidade segue uma equação etiológica, composta pelos aspectos hereditários, experiências precoces e a interação com o meio. Apesar de estar constantemente sendo construída, é, nos primeiros anos de vida, que ocorre a formação de sua base, sendo as experiências, nesta etapa, de extrema importância para o desenvolvimento futuro. Esta base proporcionará as características de interação do indivíduo, referindo a construção de um modo de ser, de como o sujeito será percebido pelos outros.

A estrutura de personalidade e a história de vida anterior ao trauma interferem na experiência subjetiva e influenciam o risco de desenvolvimento de estresse traumático. A capacidade de manejar a agressão depende de fatores de vulnerabilidade prévios, como antecedentes de traumas precoces, vínculos afetivos instáveis e alterações da autoestima (ADSHEAD, 2000).

McDougall (1932) impulsionou esforços para a realização de um estudo sistemático sobre a personalidade, para tanto, destacando que a mesma pode ser amplamente analisada em cinco fatores distintos: intelecto, caráter, temperamento, disposição e humor. Cerca de dez anos depois, Cattell (1974), buscando compreender a complexidade da personalidade, utilizou o termo “traços de personalidade” para iniciar a formulação de sua “descrição da personalidade”.

O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), conhecido internacionalmente como “*Big Five Factors*”, é uma versão moderna da Teoria de Traço, que representa um avanço conceitual e empírico no campo da personalidade, descrevendo dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável. O modelo proporciona

um padrão para estudar as diferenças individuais, sendo relativamente independente de medidas de capacidade cognitiva (McCRAE; COSTA, 1987). Em qualquer campo da ciência, a disponibilidade de um esquema de classificação ordenada é essencial para a comunicação e acumulação de resultados empíricos.

Os Cinco Grandes Fatores de personalidade identificam as dimensões básicas da personalidade, de uma maneira compreensível nas diferentes culturas e nacionalidades (NUNES, 2010). Há consenso entre os pesquisadores de que este modelo seja o mais adequado para avaliação de personalidade.

Os principais questionários e inventários de avaliação da personalidade, desenvolvidos com base em várias teorias da personalidade (por exemplo, o 16-PF, o MMPI, a escala de Necessidades de Murray, o California Q-Set, as escalas de Comrey, entre outros), quando submetidos a análises fatoriais, isoladamente ou em conjunto, produzem soluções compatíveis com o modelo CGF. Independentemente da teoria em que os autores se basearam para desenvolver instrumentos objetivos de avaliação da personalidade, análises fatoriais desses instrumentos, sistematicamente, têm demonstrado que os fatores emergentes são consistentes com o modelo CGF (McCRAE; COSTA, 1985; McCRAE, 1989; DIGMAN, 1990; HUTZ et al., 1998; OZER et al., 2003).

Na década de 1980, uma vasta literatura, usando classificações obtidas a partir de diferentes fontes, forneceu evidências convincentes para a robustez dos Cinco Grandes Fatores: em diferentes quadros teóricos; com uma grande variedade de amostras; utilizando diferentes instrumentos e em distintas culturas (FISKE, 1943; CHRISTAL, 1961; NORMAN, 1963; BORGATTA, 1964; NORMAN; GOLDBERG, 1966; SMITH, 1967; YOUNISS, 1973; TUPES; HAKEL, 1974; BOND; NAKAZATO; SHIRAIISHI, 1975; DIGMAN; TAKEMOT-CHOCK, 1981; GOLDBERG, 1981; CONLEY, 1985; LORR; NOLLER; LAW; COMREY, 1987; McCRAE; COSTA, 1987; COSTA; McCRAE, 1988; WATSON, 1989; DIGMAN, 1990).

A partir dos *Big Five Factors*, foi publicado, em 1985, o NEO PSI, o primeiro instrumento para avaliação de personalidade considerando esta teoria (McCRAE, 1989). Anos mais tarde, em 1991, o instrumento ganhou uma versão brasileira. Com base nestas escalas previamente construídas, um grupo de pesquisadores brasileiros criou a Bateria Fatorial de Personalidade (NUNES; SIMON; NUNES, 2010).

A Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) foi o instrumento utilizado nesse estudo para avaliar as características de personalidade presentes em paciente com

TEA. A BFP consiste em uma avaliação psicológica da personalidade baseada nos “Cinco Grandes Fatores”. O instrumento contém 126 itens que são lidos para o paciente e, a partir da sentença, o indivíduo fornece respostas de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a “sentença não o descreve adequadamente” e 7 “descreve muito bem”. A BFP fornece escores em cinco facetas: Neuroticismo, que inclui outras subfacetas (Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade/Falta de Energia e Depressão); Extroversão (Comunicação, Altição, Dinamismo, Interações Sociais); Socialização (Amabilidade, Pró-Sociabilidade, Confiança nas Pessoas); Realização (Competência, Ponderação/Prudência, Empenho/Comprometimento); Abertura (Abertura para Ideias, Liberalismo e Busca por Atividades) (NUNES; SIMON; NUNES, 2010).

O neuroticismo tem sido mais frequentemente chamado de Estabilidade Emocional ou Emotividade (NORMAN, 1963; BORGATTA, 1964; SMITH, 1967; HAKEL, 1974; MANNING, 1978; CONLEY, 1985; LORR; McCRAE; COSTA, 1985; NOLLER; LAW; COMREY, 1987). Essa faceta relaciona-se diretamente com as características emocionais das pessoas, referindo-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional das mesmas. Também representa as diferenças individuais que ocorrem quando as pessoas experienciam padrões emocionais associados a desconforto psicológico. Os traços comuns associados a esse fator incluem estar ansioso, deprimido, irritado, envergonhado, emotivo, preocupado e inseguro (EYSENCK; EYSENCK, 1985 apud VREEKE; MURIS, 2012).

Altos níveis de neuroticismo indicam que os indivíduos são propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional, incluindo ideias dissociadas da realidade, vivenciando os eventos com ansiedade excessiva e dificuldade para tolerar frustração causada pela não realização de desejos. Estudo mostra que o neuroticismo tem sido relacionado com a predisposição para o desenvolvimento de todos os transtornos psiquiátricos, incluindo o risco para o desenvolvimento de TEPT (BRESLAU; KESSLER, 2001; VAN der KOLK; VAN der KOLK, WEISAETH; VAN DER HART, 1971 apud VREEKE, 2012).

A faceta da Extroversão corresponde aos traços de ser sociável, gregário, assertivo, falante e ativo. Essa dimensão é composta por: iniciativa, insurgência, ambição e sociabilidade (NORMAN, 1963; SMITH, 1967; HAKEL, 1974; HOWARTH, 1976; DIGMAN; TAKEMOTO-CHOCK, 1981; HOGAN, 1983; McCRAE; COSTA, 1985; NOLLER; LAW; COMREY, 1987; BOTWIN; BUSS, 1989).

A terceira dimensão tem sido geralmente interpretada como Socialização. Traços associados com essa dimensão incluem ser cortês, flexível, confiante, bem-humorado, cooperativo, sensível e tolerante (TUPES; CHRISTAL, 1961; NORMAN, 1963; BORGATTA, 1964; SMITH, 1967; HAKEL, 1974; GOLDBERG, 1981; HOGAN, 1983; CONLEY, 1985; McCRAE; COSTA, 1985; NOLLER; LAW; COMREY, 1987).

A quarta dimensão tem sido mais frequentemente chamada de Consciência. Autores sugerem que Consciência reflete confiabilidade, atenção, responsabilidade e organização. Outros autores colocam o acréscimo de outras características, tais como orientação e perseverança (NORMAN, 1963; SMITH, 1967; HAKEL, 1974; McCRAE; COSTA, 1985; NOLLER; LAW; COMREY, 1987; BOTWIN; BUSS, 1989; PEABODY; GOLDBERG, 1989).

A última dimensão tem sido a mais difícil de identificar. Ela foi interpretada com mais frequência como Intelecto ou Abertura à Experiência. Traços comumente associados a essa dimensão compreendem ser imaginativo, culto, curioso, original, de mente aberta, inteligente e sensível artisticamente (NORMAN, 1963; BORGATTA, 1964; HAKEL, 1974; DIGMAN; TAKEMOTO-CHOCK, 1981; HOGAN, 1983; PEABODY; GOLDBERG, 1989).

#### **4. JUSTIFICATIVA**

O Transtorno de Estresse Agudo apresenta uma elevada prevalência na população exposta a um sério estresse traumático sendo, em média, de 7% a 28%. No entanto, é preciso mais investimento científico com foco no Transtorno, pois na área do trauma, a grande maioria dos estudos publicados tem seu foco no TEPT, não sendo encontradas muitas pesquisas que explorem o entendimento sobre o TEA. Um dos motivos que pode estar relacionado a esse fato é que o TEA é um transtorno com curso relativamente curto (3 a 30 dias), sendo o TEPT uma forma de sua evolução.

O Transtorno de Estresse Agudo pode evoluir para um quadro de Transtorno de Estresse Pós Traumático, gerando importantes consequências psíquicas para os indivíduos. Na medida em que for sendo adquirida uma melhor compreensão sobre as características de personalidade e estilos defensivos nos pacientes que desenvolveram TEA, será possível contribuir de maneira a atuar em nível de prevenção e de intervenção precoce com pacientes traumatizados, evitando evoluções negativas do quadro.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo Geral**

Avaliar o funcionamento da personalidade e os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes vítimas de trauma físico que desenvolveram Transtorno de Estresse Agudo.

### **5.2 Objetivos Específicos**

Descrever o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes vítimas de trauma físico que desenvolveram Transtorno de Estresse Agudo;

Identificar os principais mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes com Transtorno de Estresse Agudo;

Verificar, por meio da avaliação da personalidade, o conjunto de características psicológicas presentes nos pacientes vítimas de trauma físico que desenvolveram TEA.

## **6 HIPÓTESES**

Considerando que o Transtorno de Estresse Agudo está associado a características de vulnerabilidade, as quais podem se manifestar por meio de características de personalidade e estilos defensivos, as seguintes hipóteses foram testadas:

- 1) Não existe relação entre o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Agudo e a utilização de mecanismos de defesa em pacientes vítimas de trauma físico;
- 2) Não existe relação entre o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Agudo e as características de personalidade em pacientes vítimas de trauma físico;
- 3) Indivíduos adultos com diagnóstico de TEA utilizam mais mecanismos de defesa imaturos, quando comparados ao grupo controle;
- 4) Indivíduos adultos com diagnóstico de TEA apresentam características de personalidade mais vulneráveis, quando comparados ao grupo controle.

## **7 ARTIGO**

**Características de personalidade e mecanismos de defesa em pacientes vítimas de trauma físico que desenvolveram transtorno de estresse agudo.**

**Personality traits and psychological defense styles in acute stress disorder following physical trauma**

Enviado a Trends Psychiatry and Psychotherapy.

Márcia Rosane Moreira Santana, Mestranda em Ciências Médicas: Psiquiatria pela UFRGS;

Santana, MRM<sup>a</sup>; Malgarim, BG<sup>a</sup>; Salle, E<sup>b</sup>; Piltcher, R<sup>b</sup>; Hutz, CS<sup>c</sup>; Freitas, LH<sup>a</sup>.

a Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

b Médico Psiquiatra contratado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

c Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*Corresponding Author:*

Márcia Rosane Moreira Santana,

Rua Dona Augusta, 427/304

Porto Alegre, RS/Brazil

CEP: 90850-130

marciasantana1@yahoo.com.br;

Tel. 55.51.8456-2724.

## **ABSTRACT**

The concept of trauma has been widely discussed in several areas of the literature. The failure to diagnose stress disorders following traumatic situations may lead to the onset or aggravation of several physical or mental conditions. Therefore, the identification of factors which contribute to the development of traumatic stress disorders is of paramount importance. **OBJECTIVE:** To identify the personality traits and psychological defense styles of patients who developed acute stress disorder following physical trauma. **METHOD:** This was a controlled cross-sectional study. The sample was composed for 18 patients with acute stress disorder and 42 patients without acute stress disorder. Participants of both sexes were recruited by convenience sampling. All participants were at least 16 years of age, and had suffered physical trauma requiring at least 48 hours of hospitalization at an emergency hospital specialized in the treatment of traumatic injury in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The instruments used were a structured questionnaire, clinical interview, questionnaire (NSE), Defensive Style Questionnaire (DSQ), Factorial Personality Battery (BFP) and The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). **RESULTS:** Clinical and demographic data did not differ between patients with acute stress disorder and patients without acute stress disorder at baseline. Patients who developed acute stress disorder used more immature defense mechanisms and were more likely to report psychiatric comorbidities than participants in the patients without acute stress disorder group. Patients in the ASD group showed greater emotional instability, and a negative bias in the appraisal of everyday events. **CONCLUSION:** The results suggested that certain personality traits and defense styles may be especially associated with the development of acute stress disorder following physical trauma.

**Keywords:** Acute Stress Disorders; Post-Traumatic; Personality; Defense Mechanisms.

## INTRODUCTION

The concept of "trauma" is used to refer to particularly intense life events which overwhelm individuals' coping abilities, resulting in lasting psychopathological and disorganization of the psyche<sup>1</sup>. Sigmund Freud<sup>2</sup> provided the basis for this concept, which he used to describe the psychological reactions to train accidents, and to death, in the case of war veterans. At that point, the term "trauma," which had previously been used exclusively to refer to physical injury, became part of psychological vocabulary, and its implications on the etiology and treatment of psychological disturbances began to be acknowledged.

The study of the psychological impact of war service, especially in the two world wars and the Vietnam war, prompted the development of diagnostic criteria for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), which was listed in the Manual of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM III<sup>3</sup> included several symptoms or psychiatric disorders observed in victims of war trauma<sup>4,5</sup>.

Acute Stress Disorder (ASD) was introduced as a distinct diagnostic category in the DSM-IV<sup>6</sup>. Patients with this condition show similar symptoms to those of PTSD, and develop these disturbances as a result of trauma, although ASD has a maximum duration of one month. ASD is significantly associated with the future development of PTSD<sup>7,8,9</sup>, contributing to its utility as a diagnostic category .

According to the DSM 5<sup>10</sup>, the prevalence of *ASD* in populations exposed to severe stressors depends on the severity and persistence of the trauma, and on the degree of exposure to the event. The prevalence of *ASD* ranges from 7% to 28% in victims of extreme trauma<sup>11</sup>. This condition was also<sup>12, 13</sup> present in 16% of a sample of 62 patients hospitalized following automobile accidents and 14% of 79 patients hospitalized for traumatic brain injury.

According to psychoanalytic theory, conflicts between internal and external demands prompt the ego to employ defense mechanisms in an attempt to reconcile instinctual needs with reality. In traumatic situations, the main function of defense mechanisms is to attenuate the emotional response to stress, giving the patient time to deal with the traumatic event and any associated losses. These mechanisms also seek to achieve a balance between desires, needs, individual traits and the frustrations and demands of external reality and/or the superego<sup>14</sup>.

The literature points out the importance of studies with defense mechanisms

as indicators of risk of psychopathology following trauma. While some individuals may be more likely than others to experience traumatic situations, others may be better able to deal with negative experiences, showing more competence in the face of adversity, higher self-esteem and self-efficacy, positive life expectations and a greater ability to attribute meaning to life experiences. The characteristics of the defense mechanisms used by each individual are associated with their ability to adapt to external reality. High degrees of adaptation to reality are associated with more mature defenses and an enhanced capacity to deal with conflict<sup>15,16,17</sup>.

Since trauma is a response to the overwhelming demands of a situation, the development of traumatic disorders may also be influenced by personality traits and pathological personality symptoms. Personality is defined as the combination of emotional and behavioral traits displayed by individuals in their daily life. It is relatively stable and predictable, and consists of individual patterns of action and reaction whose development begins in infancy and hinges on the interplay between genetic factors, the environment and experience<sup>18</sup>. Therefore, it is important to identify the personality patterns which may be associated with an increased chance of developing post-traumatic stress disorders<sup>19</sup>.

The work of McDougall<sup>20</sup> led to significant advances in the systematic study of personality. This author proposed the categorization of personality into five factors: intellect, character, temperament, disposition and temper. These features have been investigated by several studies<sup>21,22,23,24,25,26</sup>. The taxonomy used by Norman<sup>25</sup>, consisting of extroversion, emotional stability, agreeableness, conscientiousness and culture, has special importance in the literature. Since its publication, this taxonomy has been widely used in personality research, and is currently known as the five-factor model (FFM).

In the 1980s, the validity of the FFM was confirmed by several theoretical approaches<sup>26</sup> using different assessment instruments<sup>28,29</sup> administered across different cultures<sup>30</sup>. The model held true across several studies and samples<sup>31</sup>. Importantly, these dimensions are relatively independent of general cognitive ability<sup>29</sup>.

In the 1990s, studies of the FFM were successfully replicated in German, Japanese, Chinese, Hebrew, American and Brazilian samples, in addition to several other cultures. Currently, the FFM is considered the most accurate model for personality assessment<sup>32</sup>.

The aim of this study was to evaluate personality characteristics and defense mechanisms in individuals who developed ASD following physical trauma. These

findings will contribute significantly to the early identification of acute stress symptoms, and consequently, to the development of prevention and early intervention strategies. Through the expansion of knowledge related to the ASD, health professionals will be able to identify individuals who are more likely to develop the disorder in a faster way, avoiding the aggravation of trauma-related symptoms and paving the way for important gains in public health.

The present investigation brings new questions and contributions since a search of main databases such as Medline, Pubmed, Psychinfo and Lilacs found no other studies about the association between psychological trauma, or ASD, to personality characteristics using FFM and defense mechanisms until this paper have finished. Thus it seems to have a gap in the literature that addresses these specific aspects of psychic trauma that this investigation was approached. One reason that may lead to a lack of studies related to Acute Stress Disorder is the fact that it is a disorder with a relatively short course (3-30 days), and PTSD a form of evolution. However, we cannot forget that the ASD is very important and requires attention from researchers, since it can predispose the Post Traumatic Stress Disorder, causing significant psychological consequences to individuals.

## **METHOD**

### **SAMPLE**

Data were collected in a major emergency hospital in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The institution is a reference center for the treatment of physical injury. The sample included patients who were at least 16 years of age, had suffered severe physical trauma, and required hospitalization for at least 48 hours. The minimum hospitalization length of 48 h was selected both as indicator of trauma severity, and to allow for sufficient time for the diagnosis of ASD, as per the DSM V<sup>10</sup>.

Seven participants who did not agree to participate in the study, or whose clinical symptoms compromised accurate data collection, were excluded from the sample. Twelve patients admitted for suicide attempts were also excluded, since suicide attempts tend to be associated with distinct underlying psychological processes.

Sample size was calculated based on a standard deviation of 0.69 to 0.76 in the agreeableness factor of the Factorial Personality Battery, since this score had a gender-effect size of 0.5, while little to no effects of gender have been identified in

the remaining factors of the scale<sup>32</sup>. In order to detect a between-group difference of 0.63, and estimating the prevalence of ASD to be 28% in the general population<sup>11</sup>, the present study required a sample size of 51 participants. The final sample consisted of 18 patients with acute stress disorder and 42 patients without acute stress disorder, recruited by convenience sampling. Data were collected between May 20th, 2013 and March 20th 2014.

## **INSTRUMENTS**

ASD was diagnosed at baseline using a structured interview based on DSM 5 criteria. Participants were then grouped into patients with acute stress disorder and patients without acute stress disorder based on the presence or absence of a diagnosis.

Clinical and demographic data were evaluated using a structured questionnaire developed by the researchers. Socioeconomic status was classified using the Socioeconomic Status Scale (SSS), an objective classification system based on household consumption goods developed by the Brazilian Association of Market Research Institutes. The scale divides socioeconomic status into five categories, referred to by letters A, B,C,D and E<sup>33</sup>.

Defense mechanisms were evaluated using the Defense Style Questionnaire (DSQ), an objective self-report scale which identifies twenty types of psychological defense styles<sup>34,35</sup>. The instrument evaluates four mature defenses (sublimation, humor, anticipation and suppression), four neurotic defense styles (undoing, pseudoaltruism, idealization and reaction formation) and the remaining twelve are considered immature (projection, passive-aggression, acting out, isolation, devaluation, fantasy, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The score for each defense can be obtained by calculating the mean of the two items corresponding to each defense style. The DSQ also provides factor scores for each type of defense (mature, neurotic and immature), calculated as the mean of the items in each scale .

The Factorial Battery of Personality (FBP) was used to assess personality traits. This instrument is based on the FFM, formulating comprehensive and cross-culturally valid personality profiles. The 126 items of the FBP are read out to the participants, who score each item on a 7-point scale where 1 corresponds to "does not describe me" and 7 to "describes me very well." The FBP yields five domain scores: neuroticism, which includes five subscales (vulnerability, emotional

instability, passivity/lack of energy and depression); extroversion (communication, pride, dynamism, social interaction); agreeableness (kindness, pro-sociality, trust in others); conscientiousness (competence, prudence, engagement); openness (openness to ideas, liberalism and novelty-seeking)<sup>32</sup>.

Psychiatric comorbidities were analyzed by a clinical interview in conjunction with "The Mini-International Neuropsychiatric Interview" (MINI), which consists of a short standardized diagnostic interview, consistent with the DSM-III-R / IV and ICD-10. The instrument is used in clinical practice and research that could generate diagnostic major psychotic and mood disorders present in the DSM-IV

## **STATISTICAL ANALYSIS**

Data were compiled and analyzed using SPSS 18.0 for Windows. Distributions were tested for normality using the Shapiro-Wilk test. Normally-distributed variables were summarized as means and standard deviations, and analyzed using T-tests for independent samples. Continuous asymmetrically distributed variables were analyzed using the Mann-Whitney (U) test, and expressed as medians and interquartile ranges. Categorical variables were analyzed using Fisher's exact test and described as absolute frequencies and percentages. Results were considered significant at  $p < 0.05$ .

## **ETHICAL CONSIDERATIONS**

This study was performed as part of a larger project entitled "Assessment of Acute Stress Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder in Patients Hospitalized for Physical Trauma," which was approved by the Research Ethics Committee of the Clinical Hospital of Porto Alegre under protocol number 126.555, CAAE 06900412.0.0000.5327. The present study followed all ethical guidelines recommended by Resolution 196/96. Informed consent for participation was obtained from all participants and/or guardians.

## **RESULTS**

The sample was composed of 60 victims of physical trauma. Eighteen (30%) of these patients were diagnosed with ASD while 42 (70%) did not meet diagnostic criteria for the disorder.

Table 1: Social-demographic characteristics of the sample of patients trauma victims who developed ASD, compared with individuals who did not develop ASD.

	<b>Patients with acute stress disorder (n = 18)</b>	<b>Patients without acute stress disorder (n = 42)</b>	<b>p</b>
<b><i>Sex</i></b>			<b>0.719</b>
Male	35 (83.3%)	14 (77.8%)	
Female	07 (16.7%)	04 (22.2%)	
<b><i>Socioeconomic level</i></b>			<b>0.871</b>
Class A	06 (33.3%)	13 (31.0%)	
Class B	09 (50.0%)	19 (45.2%)	
Class C	03 (16.7%)	10 (23.8%)	
<b><i>Marital Status</i></b>			<b>0.536</b>
Single	07 (38.9%)	17 (40.5%)	
Married or common-law marriage	10 (55.6%)	22 (52.4%)	
Divorced or separated	01 (5.6%)	02 (4.8%)	
Widowed	00 (0%)	01(2.4%)	
<b><i>Occupacional Situation</i></b>			<b>0.920</b>
Student	01 (5.6%)	04 (9.5%)	
Employee	14 (77.8%)	30 (71.4%)	
Unemployed	01 (5.6%)	05 (11.9%)	
Away from duty	01 (5.6%)	01 (2.4%)	
Retired	01 (5.6%)	02 (4.8%)	
<b><i>Age (years)</i></b>	<b>27.00 (23.75)</b>	<b>32.50 (27.75)</b>	<b>0.710</b>
<b><i>Years of education</i></b>	<b>8.00 (3.00)</b>	<b>9.50 (3.00)</b>	<b>0.321</b>

\* Significant at  $p < 0.05$ .

The variables "age" and "years of studies" are described as median (interquartile gap) and were compared using the Mann-Whitney test. The other variables are described as absolute frequency (relative frequency in percent) and were compared Fisher's exact test.

The groups did not differ by sex ( $p=0.719$ ), socioeconomic status ( $p=0.871$ ), marital status ( $p=0.536$ ), occupational status ( $p=0.920$ ), age ( $p=0.710$ ) and years of education ( $p=0.321$ ). Both groups were mostly comprised of employed married males classified as socioeconomic level B. Age and education were described as median (interquartile range) and analyzed using the Mann-Whitney U test. The median values for these variables were 27 and 8 years in the patients with ASD and 32.5 and 9.5 in the patients without acute stress disorder.

Table 2: Clinical history of the sample of patients trauma victims who developed ASD, compared with individuals who did not develop ASD.

	<b>Patients with acute stress disorder (n = 18)</b>	<b>Patients without acute stress disorder (n = 42)</b>	<b>P</b>
<b><i>Reason for hospitalization</i></b>			<b>0.51</b>
Gunshot wound	03 (16.7%)	03 (7.1%)	
Wounded by close contact weapon	02 (11.1%)	02 (4.8%)	
Assault	04 (22.2%)	09 (21.4%)	
Traffic accidents	08 (44.4%)	21 (50.0%)	
Occupational injury	01 (5.6%)	07 (16.7%)	
<b><i>Psychiatric comorbidities</i></b>			<b>0.002*</b>
Yes	07 (38.9%)	02 (4.8%)	
No	11 (61.1%)	40 (95.2%)	
<b><i>History of psychological trauma</i></b>			<b>0.20</b>
Yes	07 (38.9%)	09 (21.4%)	
No	11 (61.1%)	33 (78.6%)	

\*significant at  $p < 0.05$ .

Results were expressed as absolute frequencies (percentages), and compared using Fisher's exact test.

Five types of trauma were observed in the sample (gunshot wounds, wounds caused by other types of weapon, assault, traffic accidents and occupational injury). Although patients were hospitalized for different reasons, injury severity was similar across the sample, as indicated by their clinical diagnoses. The mental disorders were evaluated for *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.). Mental disorders such as depression, anxiety, and substance abuse were also significantly more prevalent in patients with acute stress disorder (38.9%) than in patients without acute stress disorder (4.8%),  $p=0.02$ .

#### **Defense mechanisms:**

The use of mature defense mechanisms did not differ between groups. However, the use of idealization ( $p=0.39$ ) and undoing ( $p=0.001$ ) was significantly more frequent in the trauma group.

The greatest between-group differences were found in the use of immature defense mechanisms ( $p=0.004$ ). Projection ( $5.14 \pm 2.45$ ), passive-aggression ( $5.03 \pm 1.79$ ), acting out ( $6.44 \pm 2.26$ ), displacement ( $5.14 \pm 2.06$ ), splitting ( $6.22 \pm 1.96$ ) and somatization ( $5.67 \pm 2.45$ ) were significantly more common in patients diagnosed with ASD. The statistical test was significant T-test for independent samples.

Table 3: Defense mechanisms of the sample of patients trauma victims who developed ASD, compared with individuals who did not develop ASD.

<b>Defense styles</b>	<b>Mean± Standard Deviation Patients with acute stress disorder (n = 18)</b>	<b>Mean± Standard Deviation Patients without acute stress disorder (n =42 )</b>	<b>P</b>
<b><i>Mature</i></b>	<b>8.26±1.40</b>	<b>7.88±1.41</b>	<b>0.333</b>
<i>Anticipation</i>	7.42±1.82	6.00±2.08	0.015*
<i>Humor</i>	7.11±1.97	6.46±1.84	0.225
<i>Suppression</i>	5.75±2.28	5.72±2.17	0.961
<i>Sublimation</i>	6.56±2.57	6.67±2.11	0.862
<b><i>Neurotic</i></b>	<b>6.28±1.51</b>	<b>5.23±1.69</b>	<b>0.029*</b>
<i>Rationalization</i>	6.22±2.07	6.38±2.04	0.784
<i>Pseudoaltruism</i>	5.83±2.31	5.38±2.12	0.464
<i>Idealization</i>	6.78±2.45	5.23±2.65	0.039*
<i>Reaction formation</i>	5.28±2.24	5.45±2.53	0.801
<i>Undoing</i>	7.22±1.77	5.02±2.91	0.001*
<b><i>Immature</i></b>	<b>4.88±1.20</b>	<b>3.72±1.45</b>	<b>0.004*</b>
<i>Projection</i>	5.14±2.45	2.44±1.99	<0.001*
<i>Passive-aggression</i>	5.03±1.79	3.73±2.29	0.035*
<i>Acting out</i>	6.44±2.26	4.55±2.50	0.007*
<i>Isolation</i>	5.17±2.95	4.85±2.72	0.684
<i>Devaluation</i>	4.69±2.01	3.94±2.03	0.191
<i>Fantasy</i>	4.75±2.64	3.95±2.86	0.316
<i>Denial</i>	5.17±2.14	4.13±2.61	0.144
<i>Displacement</i>	5.14±2.06	3.64±2.55	0.032*
<i>Dissociation</i>	5.19±2.04	4.36±2.33	0.191
<i>Splitting</i>	6.22±1.96	4.71±2.52	0.028*
<i>Somatization</i>	5.67±2.45	4.08±2.60	0.032*

**\*significant T-test for independent samples**

### **Personality:**

The FBP investigates 17 personality traits subsumed within five major factors to provide a general picture of the characteristics of each individual.

Individuals with ASD obtained significantly higher neuroticism scores than without ASD participants ( $p < 0.001$ ), suggesting that the former may be more vulnerable, emotionally unstable and depressed. Openness scores were also higher in the trauma group ( $p = 0.009$ ), especially in the liberalism subscale. On the other hand, Socialization ( $p = 0.007$ ), trust and pro-sociability scores were higher in the patients without acute stress disorder than in participants with ASD.

Table 4: Comparison of FFM scores (Factorial Battery of Personality) of the sample of patients trauma victims who developed ASD, compared with individuals who did not develop ASD.

	<b>Mean± Standard Deviation Patients with acute stress disorder (n = 18)</b>	<b>Mean± Standard Deviation Patients without acute stress disorder (n =42 )</b>	<b>P</b>
<b><i>Neuroticism</i></b>	<b>4.28±0.99</b>	<b>3.21±0.98</b>	<b>&lt;0.001*</b>
Vulnerability	4.18±1.39	3.35±1.27	0.027*
Emotional Instability	5.06±1.32	3.46±1.47	<0.001*
Passivity	4.09±1.37	3.61±1.09	0.15
Depression	3.77±1.27	2.43±1.03	<0.001*
<b><i>Extroversion</i></b>	<b>5.14±0.67</b>	<b>4.73±0.99</b>	<b>0.116</b>
Communication	4.74±0.92	4.48±1.33	0.445
Pride	4.92±1.13	3.78±1.19	<0.001*
Dynamism	5.38±1.15	5.37±0.97	0.970
Social Interaction	5.51±0.97	5.29±1.20	0.492
<b><i>Agreeableness</i></b>	<b>4.68±0.74</b>	<b>5.27±0.73</b>	<b>0.007*</b>
Kindness	6.13±0.51	5.81±0.96	0.096
Pro-sociability	4.24±1.38	5.38±0.90	0,004*
Trust in Others	3.67±1.15	4.61±1.11	0,004*
<b><i>Conscientiousness</i></b>	<b>5.21±0.87</b>	<b>5.05±0.88</b>	<b>0.536</b>
Competence	5.73±0.90	5.54±0.84	0.417
Prudence	4.29±1.59	4.71±1.51	0.338
Engagement	5.60±0.99	4.91±1.06	0,024*
<b><i>Openness</i></b>	<b>4.75±0.57</b>	<b>4.23±0.77</b>	<b>0.009*</b>
Openness to Ideas	4.21±0.84	3.79±1.14	0.174
Liberalism	5.08±0.70	4.41±0.99	0.012*
Novelty-seeking	4.95±0.96	4.47±1.19	0.136

\*significant T-test for independent samples

## DISCUSSION

The results showed that the groups had a homogeneous distribution in relation to the socio-demographic characteristics and also in regard to the reason for hospitalization. The patients of the group trauma had higher prevalence of psychiatric comorbidities, which is supported by the literature of this topic<sup>36</sup>. This fact complicates the identification and treatment of traumatic disorder. Besides that, patients diagnosed with Acute Stress Disorder used more immature defense mechanisms, with high levels in the neuroticism factor, proving to be more vulnerable emotionally.

The severity of psychological trauma is more likely to be associated with subjective individual characteristics than to features of the traumatic event itself<sup>37</sup>. A study<sup>38</sup> of 51 burn victims found that the development of PTSD was predicted by

smaller burns, and was not associated with the severity or extension of the burn, confirming the hypothesis that PTSD is more closely linked to personality characteristics than to the stressor itself.

Such findings prompted the revision of diagnostic criteria for PTSD in the DSM-IV<sup>6</sup>, which resulted in a greater focus on the subjective perception of traumatic events, or how threatening or intimidating the event appeared to the patient, rather than on its objective characteristics.

This study evaluated five types of trauma, most of which were associated with urban violence (gunshots or other penetrating wounds, assault, traffic accidents and occupational injury). The role of violence as the major cause of stress in disorders in developing countries has already been discussed in the literature<sup>39</sup>. Although participants in the present study suffered different types of physical trauma, their personality traits may have played a larger role in their psychological outcome than the intensity or severity of the stressor itself. The psychological impact of traumatic events may be determined by factors such as the symbolic representation of the event, individual personality traits, previous psychiatric history, history of prior trauma, and family constellation. Therefore, the study of psychological defense styles and personality characteristics may be especially important in determining the degree of suffering caused by traumatic events in different individuals<sup>40,41</sup>.

Psychiatric comorbidities<sup>7,36,42,43</sup> have been found to be at least twice more frequent in victims of trauma than in the general population. In the present study, the prevalence of psychiatric conditions in patients with ASD (38.9%) was also significantly higher than that observed in patients without acute stress disorder.

The resolution of conflicts between internal and external demands often involves the use of psychological defenses. The use of mature, immature and neurotic defenses has been found to be significantly associated with psychopathological severity<sup>44,45</sup>. A greater adaptation to reality is associated with the use of more mature defense mechanisms, and a better ability to overcome adversity.

Immature defense styles were significantly more prevalent in the ASD group ( $p= 0.004$ ). Projection, passive-aggression, acting out, displacement, splitting and somatization were all more common among these individuals than in the without ASD group. Although the use of these defense styles can occur regardless of personality structure, they are more frequent in patients with regressive personality disorders<sup>46</sup>. Regressive mechanisms tend to be used and demanded when other resources of the ego cannot process the traumatic situation in an adaptive way.

Although these defenses are employed in an attempt to control feelings of anguish and anxiety, their use often results in pathological symptoms given their intensity and rigidity .

Some authors<sup>47</sup> have suggested that rationalization, splitting and projection are more frequent predictors of traumatic stress symptoms than other psychological defense style. This hypothesis was confirmed in the present study, which found splitting ( $p=0.028$ ) and projection ( $p<0.001$ ) to be more common among patients than patients without acute stress disorder. Splitting is a common defense style in patients with borderline personality disorders, and occurs when emotions cannot be integrated with the ego or previous experiences<sup>17,46</sup>.

Dissociation is also common in trauma victims, especially those who go on to develop PTSD, since "vehement emotions" overwhelm the psyche and require the use of alternative strategies to be fully processed. As a result, these experiences are split off from consciousness and sent, in fragmented form, to different dimensions of the unconscious. This process prevents the integration of traumatic memories into consciousness. The idea that trauma results from the dissociation of certain events from consciousness had already been discussed by Freud<sup>14</sup>. However, although dissociative symptoms are diagnostic criteria for ASD<sup>10</sup>, the present study did not reveal any significant differences in the use of dissociative defenses between patients with acute stress disorder and patients without ASD. The small sample size of the present study may have contributed to this finding.

Individuals with ASD obtained higher neuroticism ( $p<0.001$ ), vulnerability, emotional instability and depression scores on the FBP. Studies<sup>48</sup> have demonstrated that Neuroticism scores predicted the occurrence of stressful life events. Individuals who develop ASD also tend to appraise events more negatively, interpreting ambiguous stimuli in a threatening or negative way. These patients experience greater psychological suffering, are emotionally unstable and vulnerable, and experience negative events very intensely, paying little attention to the positive aspects of events<sup>47</sup>. The high neuroticism scores also suggest that patients with ASD may have higher levels of depression and anxiety.

Studies of the FFM have found Neuroticism to have the closest relation to individuals' emotional characteristics. This factor is associated with chronic levels of adjustment and emotional instability, and is associated with individual differences in emotional reactions to psychological stress, such as affliction, anguish and suffering, and all associated cognitions and behaviors<sup>32</sup>.

The high emotional instability scores observed in the trauma group also suggested that patients with ASD were more irritable, anxious, and had a more labile mood. These individuals have difficulty dealing with negative emotions and have a low tolerance for frustration. The high depression scores observed in the trauma group indicated that these individuals tended to interpret life events more negatively, and to perceive themselves as incapable of coping with the demands of daily living<sup>49,50</sup>.

The patients without acute stress disorder group also obtained higher scores on the socialization ( $p=0.007$ ), pro-sociability and trust scales than the trauma group. These results suggest that patients without ASD participants may be more trusting of others, a factor which exerts a particular influence on psychosocial development. The opposite pattern holds true for the ASD group. Pro-sociability scores, which were also higher in participants without ASD ( $p<0.001$ ), suggested that these individuals tended to avoid risk, and be less likely to transgress social norms or break the law.

Conscientiousness scores did not differ between groups, although patients with acute stress disorder had higher engagement scores than patients without acute stress disorder ( $p=0.024$ ), suggesting that the former may hold higher performance expectations and demand more from themselves.

Individuals who developed ASD tended to experience emotions more vividly, and to be more open to new social and moral values, as suggested by their elevated openness ( $p=0.009$ ) and liberalism scores ( $p=0.012$ ).

The prevalence of psychiatric comorbidities and the high neuroticism scores observed in the trauma group are in agreement with previous studies<sup>32</sup>, which found patients with mental illnesses to have higher levels of neuroticism. In addition to confirming this hypothesis, the present study also showed that the combination of these two factors may be associated with an increased risk of ASD. Our results suggested that certain personality traits and defense styles may be more closely associated with ASD, and the subsequent development of PTSD.

In addition to having a negative effect on mental health, psychological symptoms and disorders such as ASD may also influence patients' recovery from clinical conditions<sup>51</sup>. Early interventions have also proved effective in avoiding the escalation of ASD into PTSD<sup>9</sup>. Knowledge regarding the association between personality traits, defense styles and propensity to ASD may help develop more effective preventive strategies for victims of physical trauma.

When patients can fully express the emotions and memories associated with

their trauma, these experiences can be integrated into their lives, reducing the likelihood of dissociative symptoms. The adequate treatment of traumatic situations is associated with a better prognosis, and a reduced chance of complications.

The study deals with an innovative research in the trauma area, more specifically in relation to Acute Stress Disorder. When considering the lack of studies to investigate specific features of the ASD, we found that the defense mechanisms proved to be important allies to describe the profile of those most likely to develop the disorder. Patients with ASD diagnostic use predominantly immature defense mechanisms, with a deficit in their global operation.

About the personality characteristics, the study revealed that high average in neuroticism factor has predictive value in relation to the way the individual faces stressful life events. Individuals who developed ASD have a more intense psychological experience distress, more unstable and vulnerable emotionally and give little emphasis to the positive aspects of the facts.

The reproducibility of the study may be limited by its cross-sectional design and small sample size, which may have also prevented a deeper analysis of some of the research questions posed.

Another restriction is the inability to establish a causal relationship, the study does not prove if the trauma changed the personality characteristics and previous defensive styles of the subject or, if that operation mode found in the investigation, were used by the individual before trauma. It is suggested prospective studies with trauma patients, so that these variables can be better investigated.

The violence is a severe public health problem and is associated with significant psychiatric morbidity. There is thus a pressing need for public policy to prevent violence and its consequences<sup>52,53</sup>. We emphasize the importance of developing studies in the area of Acute Stress Disorder to be able to better identify and understand the first signs of development related to traumatic stress disorders.

## **REFERENCES**

- 1- Laplanche, J., Pontalis (1998). *Vocabulário de Psicanálise*. 3ªed. São Paulo: Martins Fontes.
- 2- Freud, S. (1920/1996). *Além do Princípio do Prazer*. In: *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago.
- 3- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders. (DSM III). *American Psychiatric Association*.

4- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L.H.F., Abreu, P.B.S., Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25, 8-11.

5- Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., Ceitlin, L.H. F. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 28, 314-320.

6- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM IV). *American Psychiatric Association*.

7- Buting, B. P. *et al.* (2013). Trauma associated with civil conflict and posttraumatic stress disorder: evidence from the northern ireland study of health and stress. *Journal Trauma Stress*. 26, 134-141.

8- Hexsel, A.M., Hexsel, C.L. (2003). Transtorno de stress agudo In Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N.R. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Edipucrs.

9- Creamer, M., O' Donnell, M. L., Pattison, P. (2004). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behaviour Research and Therapy*. 42, 315–328.

10- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM V). *American Psychiatric Association*.

11- Bryant, R.A., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R., Strain, J.(2010). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 0, 1-16.

12- Harvey, A.G., Bryant, R.A.(1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal Trauma Stress*. 12, 519– 525.

13- Harvey, A.G., Bryant, R.A.(2000) Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *The American Journal of Psychiatry*. 157, 626–628.

14- Freud, S. (1926/1996). Inibição, Sintoma e Ansiedade. In: *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, v.XX. Rio de Janeiro: Imago.

15- Kipper, L. *et al.* (2004). Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192, 58-64.

16- Valliant, GE (2011). Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues in clinical neuroscience*. 13, 366–370.

17-Birmes, P. *et al.* (1999). Defense mechanisms and the prediction of PTSD. *Encephale*. 25, 443-449.

- 18-Freud, S. (1905/1996). Três Ensaios Sobre a Sexualidade, In: *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- 19- Hall, C.S., Lindzey, G., Campbell, J.B. (2000). Teorias da personalidade. 4 ed, Porto Alegre. ARTMED.
- 20- McDougall, W. (1932). Of the words character and personality. *Character Personality, I*, McHenry, J.J., Hough, L.M., Toquam, J.L., Hanson, M.A., Ashworth, S. (1990). Project A validity results: The relationship between predictor and criterion domains.
- 21- Fiske, D.W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal Social Psychology*. 44,329-344.
- 22- Tupes, E.C. (1957). Personality traits related to effectiveness of junior and senior Air Force officers. Lackland Airforce Base, TX: *Aeronautical Systems Division, Personnel Laboratory*.
- 23- Borgatta, E.E. (1964). *The structure of personality characteristics*. *Behavioral Science*. 12, 8-17.
- 24- Hakel, M.D. (1974). *Normative personality factors recovered from ratings of personality descriptors: The beholder's eye*. *Personnel Psychology*. 27,409-421.
- 25- Norman, W. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal & Social Psychology*. 66,576-583.
- 26- Smith, G.M. (1967). Usefulness of peer ratings of personality in educational research. *Educational and Psychological Measurement*. 27,967-984.
- 27- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In Wheeler L. (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology*. 2, 141-166.
- 28- Conley, J.J. (1985). Longitudinal stability of personality traits: A multitrait-multimethod multioccasion analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*. 49, 1266-1282.
- 29- Costa, P.T. Jr., McCrae, R.R. (1988). From catalog to classification: Murray's needs and the five-factor model. *Journal of Personality & Social Psychology*. 55,258-265.
- 30- Bond, M.H., Nakazato, H.S., Shiraishi, D. (1975). Universality and distinctiveness in dimensions of Japanese person perception. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 6,346-355.
- 31- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*. 41,417-440.
- 32- Nunes, C.H.S.S., Simon, C., Nunes, M.F.O. (2010). Bateria fatorial de

personalidade. São Paulo: Casa do Psicólogo.

33- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Carlini, E.A. (1997). IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina.

34- Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 181, 246-256.

35- Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LHF, Bond M et al. (2004). Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26, 255-258.

36- Margis, R. (2003). Comorbidades no transtorno de estresse pós traumático: regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25, 17-20.

37- Gauer, G.J.C., Diefenthaler, J., Ceitlin, L.H.F. (2003). Transtorno de Estresse pós traumático. In Cataldo Neto, A., Gauer, G.J.C., Furtado, N.R.(2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Edipucrs.

38- Perry, S., Heidrich, G., Ramos, E. (1981). Assessment of pain in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 2, 322-326

39- Davidson, J.R.T., Connor, K.M. (1999). Management of post traumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60, 33-38.

40- Tolin, D.F., e Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*. 132, 959-992.

41- Nally, R. J. (2003) *Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder*. *Annual Review of Psychology*. 54, 229 -252

42- Friedman, M.J., Yehuda, R. (1995). Post traumatic stress disorders and comorbidity: psychobiological approaches to differential diagnosis) In Friedman, M.J., Charney, D.S., Deutch, A.Y. (2001). *Neurobiological and clinical consequences of stress*. Philadelphia: Lippincott-Raven; p.429-445. apud Câmara, J.W.F, Sougey, E.B. (2001). *Post-traumatic stress disorder: diagnostic formulation and comorbidity issues*. Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23, 221-228.

43- McFarlane, A.C., Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 180, 498-504.

44- Suliman, S., Troeman, Z., Stein, D.J, Seedat, S. (2013). Predictors of acute

stress disorder severity. *Journal of Affective Disorders*. 149, 277-281.

45- Blaya, C. *et al.* (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28, 179-183.

46- Bergeret, J. (2006). *Psicopatologia – teoria e clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed

47- Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology Psychotherapy*. 80, 343-353.

48- Watson, D., Hubbard, B. (1996) Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*. 64,737-774.

49- Farnam, A., Farhang, S., Bakhshipour, A., Niknam, E. (2011). The five factor model of personality in mixed anxiety-depressive and effect on therapeutic response. *Asian Journal of Psychiatry*. 4,255-257

50- Rector ,N.A., Bagby, R.M., Huta, V., Ayearst, L.E. (2012). Examination of the trait facets of the five-factor model in discriminating specific mood and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 199, 131-139.

51- Romano, W. B. (2008). *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais*. Casa do Psicólogo.

52- Andreoli, S.B., *et al* (2009). Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatry*. 34,1-9.

53- Bressan, R.A., *et al.* (2009). The posttraumatic stress disorder project in Brazil: neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence. *BMC Psychiatry*. 30, 1-12.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo proporcionou uma investigação inovadora na área do trauma, mais especificamente em relação ao Transtorno de Estresse Agudo. Ao considerar a escassez de estudos que investiguem características específicas do TEA, foi necessário comparar os dados encontrados com estudos realizados em pacientes com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Foram encontradas importantes semelhanças entre esses transtornos, entre elas, as comorbidades psiquiátricas, dessa forma, evidenciando que pessoas as quais desenvolveram Transtorno de Estresse Agudo, assim como os pacientes com TEPT, apresentam mais comorbidades psiquiátricas quando comparadas a indivíduos controle. A presença de comorbidades psiquiátricas é um dificultador no diagnóstico de tais transtornos, pois os sintomas podem se apresentar de forma integrada. Entende-se, ainda, que o diagnóstico de TEA/TEPT deve ser identificado para que se possa tratar as demais morbidades.

Neste estudo, os mecanismos de defesa mostraram-se importantes aliados para descrever o perfil de pessoas com maiores chances de desenvolver TEA. Eles podem representar fator de risco e/ou proteção frente à exposição dos indivíduos a situações traumáticas. Por meio dessa avaliação, evidenciou-se que os pacientes com diagnóstico de TEA apresentaram um prejuízo no seu funcionamento global e características associadas à vulnerabilidade psíquica.

No tocante às características de personalidade, o estudo revelou resultados semelhantes a pesquisas anteriores que destacam que médias elevadas no fator de neuroticismo têm valor preditivo em relação ao modo como o sujeito enfrenta os eventos estressantes de vida. Pessoas que desenvolveram TEA tendem a fazer avaliações negativas do ambiente, ou seja, a interpretar estímulos ambíguos de uma forma negativa ou ameaçadora. Por meio da avaliação da Instabilidade Emocional, detectou-se que indivíduos que desenvolveram TEA assinalaram características como irritação, ansiedade e importantes variações de humor. Esses sujeitos vivenciam de forma mais intensa o sofrimento psicológico, sendo mais instáveis e vulneráveis emocionalmente e dando pouca ênfase aos aspectos positivos dos fatos.

O transtorno exprime uma importante prevalência e acarreta prejuízos

cl clinicamente significativos nas diversas áreas da vida do indivíduo. Contudo é importante destacar que as altas taxas de subnotificação do TEPT também se transpõem ao TEA, o que acaba deixando-o na invisibilidade em relação ao diagnóstico. É inegável a importância do adequado reconhecimento do quadro de TEA, pois seu tratamento evitará e/ou reduzirá os danos causados pela exposição ao trauma e, por conseguinte, prevenirá o desenvolvimento de TEPT. O tratamento adequado deve envolver não apenas a resolução aguda de sintomas, mas, ainda, a abordagem de fatores de vulnerabilidade que parecem ser centrais nesse transtorno.

O TEA incide em um impacto, em termos de saúde pública, na medida em que influencia diretamente na qualidade de vida do sujeito. Portanto, é necessário investir em pesquisas para o reconhecimento dos fatores de risco e proteção em relação ao quadro. Esses avanços possibilitarão intervenções mais eficazes e resolutivas no que tange ao Transtorno de Estresse Agudo.

## 9 REFERÊNCIAS

1. Adshead G. Psychological therapies for post traumatic stress disorder. *Br J Psychiatr.* 2000;177:144-8.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III R)*. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
6. Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL et al. Violence and post-traumatic stress disorder in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: The Protocol for an Epidemiological and Genetic Survey. *BMC Psychiatr.* 2009;9:34.
7. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatr.* 1989;46:455-60.
8. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(4):246-56.
9. Bergeret J. *Psicopatologia – teoria e clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
10. Berlim MT, Perizzolo J, Fleck MPA. Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:51-4.
11. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):179-83.

12. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LHF, Bond M et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(4):255-8.
13. Blaya C, Kipper L, Perez F, Blaya J, Manfro GG. Defense mechanisms: the use of the Defensive Style Questionnaire. *Rev Bras Psicoter.* 2003;5(1):67-80.
14. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatr.* 1983;40:333-8.
15. Bond M, Nakazato HS, Shiraishi D. Universality and distinctiveness in dimensions of Japanese person perception. *J Cross-cult Psychol.* 1975;6:346-55.
16. Bond M, Vaillant JS. An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatr.* 1986;43:285-8.
17. Bond M. An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: Vaillant GE (Eds.): *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers.* Washington: American Psychiatric Press; 1992. p 127-158.
18. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatr.* 2004;12(5):263-78.
19. Borgatta EE. The structure of personality characteristics. *Am Behav Sci.* 1964;12: 8-17.
20. Botwin MD, Buss DM. Structure of act-report data: Is the five-factor model of personality recaptured? *J Pers Soc Psychol.* 1989;56:988-1001.
21. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192:58-64.
22. Breslau N, Kessler, RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatr.* 2001;50:699-704.
23. Bressan RA, Quarantini LC, Andreoli SB, Araujo C, Breen G, Guindalini C et al. The posttraumatic stress disorder project in Brazil: neuropsychological, structural and molecular neuroimaging studies in victims of urban violence. *BMC Psychiatr.* 2009;9:30.

24. Brierre J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and Persistent Dissociation in the Presumed Etiology of PTSD. *Am J Psychiatr.* 2005;162:2295-301.
25. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM V. *Depress Anxiety.* 2010:1-16.
26. Buting BP. Trauma associated with civil conflict and posttraumatic stress disorder: evidence from the northern ireland study of health and stress. *J Trauma Stress.* 2013;26:134-141.
27. Carvajal C, Carbonell CG, Philippi R, Monteverde P, Bacigalupo F, Alvear F. Características clínicas Del transtorno de adaptación con síntomas de estrés postraumático. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2001;39(2):99-109.
28. Cattell RB. The description of personality: basic traits resolved into clusters. *J Abnomal Social Psychol.* 1974;38:476-506.
29. Cavalcante FG, Morita PA, Haddad SR. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2014;14(5):1763-72.
30. Conley JJ. Longitudinal stability of personality traits: A multitrait-multimethodmultioccasion analysis. *J Personal and Social Psychol.* 1985;49:1266-82.
31. Costa PT Jr., McCrae RR. From catalog to classification: Murray's needs and the five-factor model. *J Personal and Social Psychol.* 1988;55:258-65.
32. Creamer M, O'Donnell ML, Pattison P. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behav Res Ther.* 2004;42:315-28.
33. Dansky BS, Roitzsch JC, Brady KT, Saladin ME. Posttraumatic stress disorder and substance abuse: use of research in a clinical setting. *J Trauma Stress.* 1997;10:141-48.
34. Davidson J, Smith R. Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *J Trama Stress* 1990;3:459-75.
35. Davidson JRT, Connor KM. Management of post traumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. *J Clin Psychiatr.* 1999;60(Suppl 18):33-8.

36. Digman JM, Takemoto-Chock NK. Factors in the natural language of personality: Re-Analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behav Res.* 1981;16:149-70.
37. Digman JM. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Ann Rev Psychol.* 1990;41:417-40.
38. Fenichel O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses.* São Paulo: Atheneu; 2005.
39. Fiske DW. Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *J Abnorm Social Psychol.* 1943;44:329-44.
40. Freud A. *O ego e os mecanismos de defesa.* Porto Alegre: Artmed; 2006.
41. Freud S. Novos comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa (1894). In: Freud, S. *Primeiras Publicações Psicanalíticas.* Rio de Janeiro: Imago; 1996a. v.III.
42. Freud S. Conferências Introdutórias à Psicanálise. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud - Edição Standard Brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1996b. v. XVI.
43. Freud S. Além do Princípio do Prazer. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud - Edição Standard Brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1996c. v. XVII.
44. Freud S. Inibição, Sintoma e Ansiedade. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud - Edição Standard Brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1996d. v.XX.
45. Freud S. A dissecção da personalidade psíquica. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud - Edição Standard Brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1996e. v.XX.
46. Freud S. Esboço de psicanálise e outros trabalhos. In: Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud - Edição Standard Brasileira.* Rio de Janeiro: Imago; 1996f. v.XXIII.
47. Garland C. *Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* Porto Alegre: Artmed; 2005.
48. Garland C. *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach.*

London: Karnac Books; 2000.

49. Gauer GJC, Diefenthaler J, Ceitlin LHF. Transtorno de Estresse pós-traumático. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
50. Goldberg LR. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Personal Soc Psychol Rev*. 1981;2:141-66.
51. Hakel MD. Normative personality factors recovered from ratings of personality descriptors: The beholder's eye. *Pers. Psychol*. 1974;27:409-21.
52. Harvey AG, Bryant RA. Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *J Trauma Stress*. 1999;12:519-25.
53. Harvey AG, Bryant RA. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiat*. 2000;157:626-38.
54. Hogan R. A socioanalytic theory of personality. In: Page MM. (Ed.). *Personality current theory & research: Nebraska symposium on motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press; 1983.
55. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg V. Defense Styles Explain Psychiatric Symptoms – An Empirical Study. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:654-60.
56. Howarth E. Were Cattell's 'personality sphere' factors correctly identified in the first instance? *Br J Health Psychol*. 1976;67:213-30.
57. Hutz CS, Nunes CH, Silveira AD, Serra J, Anton M, Wieczorek LS. O desenvolvimento de marcadores para avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicol Reflex Crit*. 1998;11:395-11.
58. Kahn, M. *Freud Básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
59. Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25:3-7.
60. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

61. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatr.* 1995;52:1048-60.
62. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:58-64.
63. Laplanche J, Pontalis, JB. *Vocabulário de Psicanálise.* 11.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
64. Lorr M, Manning TT. Higher-order personality factors of the ISI. *Multivariate Behav Res.* 1978;13:3-7.
65. Lorr M, Youniss RP. An inventory of interpersonal style. *J Personal Assess.* 1973;37:165-73.
66. Maia AC, Moreira SH, Fernandes E. Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros Portuguese adaptation of the Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire (PDEQ) in a sample of ambulance personal. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36(1):1-9.
67. Margis R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:17-20.
68. McCrae RR, Costa Jr PT. Updating Norman's "adequate taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *J Personal and Social Psychol.* 1985;49:710-21.
69. McCrae RR, Costa Jr PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Personal and Social Psychol.* 1987;52:81-90.
70. McCrae RR. Why I advocate the five-factor model: Joint factor analyses of the NEO-PI with other instruments. In: Buss DM, Cantor N. *Personality psychology: Recent trends and emerging directions.* New York: Springer-Verlag; 1989.
71. McDougall W. Of the words character and personality. *Character Personality.* In: McHenry JJ, Hough LM, Toquam JL, Hanson MA, Ashworth S. *Project A validity results: The relationship between predictor and criterion domains.* [S.l.: s.d.]; 1990.

72. McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180:498-504.
73. McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatr.* 2000;61(5):15-20.
74. Nally R J. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Ann Rev Psychol.* 2003;54:229-52.
75. Nasio JD. *Por que repetimos os mesmos erros?* Rio de Janeiro: Zahar; 2013.
76. Noller P, Law H, Comrey AL. Personality factors compared: More evidence for the five robust factors? *J Personal and Social Psychol.* 1987;53:775-82.
77. Norman W. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *J Abnorma Soc Psychol.* 1963;66:576-83.
78. Norman WT, Goldberg LR. Raters, ratees, and randomness in personality structure. *J Personal and Social Psychol.* 1966;4:681-491.
79. Norris FH, Foster JD, Weisshaar DL. The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal and researcher contexts. In: Kimerling R, Ouimette P, Walfe J. *Gender and PTSD.* New York: Guilford Press; 2002. p.3-42.
80. Nunes CHSS, Simon C, Nunes MFO. *Bateria fatorial de personalidade.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
81. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss, DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129:52-73.
82. Peabody D, Goldberg LR. Some determinants of factor structures from personalitytrait descriptors. *J Personal and Social Psychol.* 1989;57:552-67.
83. Perry S, Heidrich G, Ramos E. Assesment of pain in burn patients. *J Burn Care Rehabil.* 1981;2:322-26.
84. Pollock C, Andrews G. Defense Styles Associated With Specific Anxiety

Disorders. *Am J Psychiatr.* 1989;146(11):1500-2.

85. Price JP. Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychol Psychother.* 2007;80:343-53.
86. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003;25:8-11.
87. Sher L. Recognizing posttraumatic stress disorder. *QJM* 2004;97:1-5.
88. Smith GM. Usefulness of peer ratings of personality in educational research. *Educ Psychol Measur.* 1967;27:967-84.
89. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:87-94.
90. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull.* 2006;132:959-92.
91. Tupes EC, Christal RE. Recurrent personality factors based on trait ratings (ASD-TR-61-97). Lackland Air Force Base, TX: Aeronautical Systems Division, Personnel Laboratory; 1961.
92. Vaillant GE. *Adaptation to life.* London: First Harvard University Press; 1934.
93. Vaillant GE. The wisdom of the ego. *Arch Gen Psychiatr.* 1973;24:107-18.
94. van der Kolk BA, Weisaeth L, van der Hart O. History of trauma in psychiatry. In: van der Kolk B, McFarlane AA, Weisaeth L (Eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society.* New York: Guilford; 1996. p. 47-76.
95. Waldo J, Câmara F, Sougey EB. Post-traumatic stress disorder: diagnostic formulation and comorbidity issues. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):221-8.
96. Watson D, Hubbard B. Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *J Personal.* 1996;64:737-74.

97. Watson D. Strangers' ratings of the five robust personality factors: Evidence of a factor model of personality? *Am Psychol.* 1989;42:887-9.
98. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med.* 2002;346:108-14.
99. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999.
100. Zimerman DE. Manual de técnica psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed; 2004.
101. Zimerman DE. Vocabulário contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: Artmed; 2001.

## **ANEXO I: Resumo do artigo em língua portuguesa**

### **Características de personalidade e mecanismos de defesa em pacientes vítimas de trauma físico que desenvolveram transtorno de estresse agudo**

O conceito de trauma vem sendo amplamente discutido pela literatura especializada de diferentes áreas do conhecimento. A não identificação de transtornos de estresse, decorrentes de situações traumáticas, pode levar ao adoecimento físico ou mental e ao agravamento de quadros pré-existentes. Ressalta-se, assim, a importância de conhecer alguns fatores que possam estar relacionados com o desenvolvimento dos transtornos de estresse traumático. **OBJETIVO:** Avaliar características de personalidade e mecanismos de defesa em pacientes vítimas de trauma físico que desenvolveram transtorno de estresse agudo. **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo transversal controlado. **AMOSTRA:** O estudo utilizou uma amostra por conveniência de 18 casos e 42 controles, composta por pacientes maiores de 16 anos, de ambos os sexos, vítimas de trauma físico suficientemente grave para permanecerem hospitalizados por mais de 48 horas em um Hospital de Emergência, referência em trauma, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **RESULTADOS:** Os grupos tiveram uma distribuição homogênea em relação às variáveis clínicas e demográficas. Pacientes que desenvolveram transtorno de estresse agudo utilizaram mecanismos de defesas mais primitivos comparados aos controles, bem como, apresentaram maior frequência de comorbidades psiquiátricas. Em relação às características de personalidade mostraram ser pessoas mais instáveis emocionalmente, apresentando um padrão de comportamento negativo em relação aos eventos cotidianos. **CONCLUSÃO:** Esse estudo apontou algumas características de personalidade e estilos defensivos que podem estar relacionados a uma maior chance para o desenvolvimento de transtorno de estresse agudo em vítimas de trauma físico.

Palavras-chave: Transtorno de estresse agudo; Mecanismos de defesa; Personalidade.