

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

Vitória Waikamp

**Relação entre traumas na infância, vínculos parentais e estilos defensivos
com sintomas psiquiátricos na vida adulta de pacientes em psicoterapia de
orientação analítica**

Porto Alegre, 2020

Vitória Waikamp

Relação entre traumas na infância, vínculos parentais e estilos defensivos com sintomas psiquiátricos na vida adulta de pacientes em psicoterapia de orientação analítica

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

Orientadora: Prof. Dr. Lúcia Helena Machado Freitas

Co-orientadora: Prof. Dr. Fernanda Barcellos Serralta

Porto Alegre, 2020

CIP - Catalogação na Publicação

Waikamp, Vitória

Relação entre traumas na infância, vínculos parentais e estilos defensivos com sintomas psiquiátricos na vida adulta de pacientes em psicoterapia de orientação analítica / Vitória Waikamp. -- 2020.

77 f.

Orientadora: Lúcia Helena Machado Freitas.

Coorientadora: Fernanda Barcellos Serralta.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Trauma infantil. 2. Vínculo parental. 3. Mecanismos de defesa. 4. Psicopatologia. 5. Psicoterapia. I. Machado Freitas, Lúcia Helena, orient. II. Barcellos Serralta, Fernanda, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vitória Waikamp

RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA, VÍNCULOS PARENTAIS E ESTILOS DEFENSIVOS COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS NA VIDA ADULTA DE PACIENTES EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

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

Porto Alegre,.....de..... de 2020

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado elaborada por Vitória Waikamp, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria.

Profa. Dra. Ana Margareth Bassols

Relatora da banca – UFRGS

Prof. Dr. André Goettems Bastos

Membro da banca e convidado externo – Contemporâneo - Instituto de Psicanálise e

Transdisciplinaridade

Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti

Membro da banca e convidado externo – UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de expressar minha imensa gratidão aos meus pais **Mardenize e Luiz Waikamp**, e meu irmão, **Mateus Waikamp**. O apoio e incentivo de vocês ao longo de toda minha vida me inspirou a buscar e alcançar todos meus objetivos e sonhos. Me sinto segura em me aventurar pelo mundo!

Um agradecimento especial à **Dra. Lucia Helena Freitas** por tua sabedoria, suporte e bom humor ao longo destes dois anos. Este período foi muito mais leve com tuas risadas. Obrigada pela confiança que tens em mim. Conseguiu me tornar uma confiante pesquisadora.

À Dra. **Fernanda Barcellos Serralta**, por ainda caminhar comigo lado a lado desde a graduação. Obrigada por me presentear com dados e conhecimentos tão valiosos. Tudo isso fruto do teu impecável trabalho e dedicação.

À Mestre **Vânia Naomi Hirakata** por toda tua expertise, delicadeza e calma. Tu fosse imprescindível neste caminho. Hoje os números não são tão assustadores como pareciam ser!

Ao meu analista, que me estimula a descobrir e acreditar no meu potencial como mulher e profissional. Dr. **Leonardo Adalberto Francischelli**, meu sincero agradecimento.

Agradeço aos **brilhantes membros da banca examinadora**, pela disponibilidade em participar e contribuir com este trabalho tão desejado.

Por fim e não menos importante, agradeço ao meu **grupo de pesquisa** e **amigos** pela solidariedade, disponibilidade e trocas tão calorosas ao longo deste percurso.

*A todos aqueles que ainda carregam consigo
profundas “marcas de nascença”*

RESUMO

A relação entre diferentes tipos de trauma na infância, cuidados parentais, estilos de defesas e sintomatologia na idade adulta foi proposta. Compreender a natureza desta associação é imprescindível para o tratamento de pacientes que buscam atendimento para conflitos relacionados aos traumas precoces. Esta pesquisa objetiva examinar a associação entre o trauma infantil, vínculo parental, estilos defensivos e a sintomatologia atual em pacientes adultos que buscaram atendimento em um ambulatório de psicoterapia de orientação analítica. A amostra foi composta por 197 pacientes em uma clínica de psicoterapia de orientação analítica vinculada a um instituto de formação. Os participantes responderam a quatro instrumentos de autorrelato que avaliaram, respectivamente, a presença e frequência de diversos tipos de traumas precoces, o tipo de vinculação parental, os estilos de defesas e a intensidade da sintomatologia atual, considerando uma ampla variedade de síndromes psicopatológicas. Os resultados obtidos sugerem que apenas 5% dos pacientes relataram não ter vivenciado alguma experiência traumática na infância. Diversos traumas apresentam associação positiva e significativa com várias dimensões de sintomas atuais, assim como os vínculos parentais e os estilos defensivos. A Regressão linear múltipla indicou que os estilos de defesas, quando analisadas conjuntamente com as outras variáveis, explicaram o nível de sofrimento psicológico derivado dos sintomas.

Palavras-chave: Traumas na infância. Mecanismos de defesa. Vínculo parental. Psicopatologia.

ABSTRACT

This research aims to examine the association between childhood trauma, parental bonding, defensive styles, and current symptoms in adult patients who sought care at an analytical psychotherapy clinic. The sample consisted of 197 patients in an analytical psychotherapy clinic linked to a training institute. Participants responded to four self-report instruments that assessed, respectively, the presence and frequency of several types of early trauma, the type of parental attachment, the styles of defenses, and the intensity of current symptoms, considering a wide variety of psychopathological syndromes. The results obtained suggest that most patients were exposed to traumatic experiences in childhood and that several traumas have a positive and significant association with various dimensions of current symptoms, as well as parental ties and defensive styles. From the multiple linear regression, it appears that the styles of defenses, when analyzed together with the other variables, explained the level of psychological suffering derived from the symptoms.

Keywords: Childhood trauma. Defense mechanisms. Parental bonding. Psychopathology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	2
2.1 Trauma	2
2.1.1 Trauma na infância	3
2.2 Vínculo Parental	4
2.3 Mecanismos de Defesa.....	5
2.4 Sintomatologia psicopatológica	6
3 METODOLOGIA.....	7
3.1 Delineamento	7
3.2 Local de estudo	7
3.3 Amostra	8
3.4 Procedimentos de Coleta.....	8
3.5 Instrumentos	8
3.6 Aspectos éticos	11
7 ARTIGO.....	15
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
.....	47

ANEXO B – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	48
ANEXO C – Parental Bonding Instrument (PBI).....	51
ANEXO D – Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)	56
ANEXO E – Brief Symptom Inventory (BSI).....	61
ANEXO F – CEP/UNISINOS.....	66
.....	67

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os maus tratos infantis têm sido reportados como um problema generalizado no mundo todo. (VIOLA et al., 2016). A exposição precoce da criança a estas experiências pode contribuir para o aumento do risco de diversos sintomas psiquiátricos e prejuízos na vida adulta. (WAIKAMP e SERRALTA., 2018). Neste sentido, o vínculo com as figuras de cuidado podem vir a ser tanto um fator de proteção no enfrentamento destas situações, quanto de exposição direta ao mal-estar psicológico, favorecendo a psicopatologia.

O impacto dos maus tratos não afetam somente o âmbito individual, mas também na saúde pública e financeira de um país. O déficit econômico derivado dos maus tratos à criança na América do Norte foi de US\$ 585 bilhões em apenas um ano e US\$ 194 bilhões no Leste Asiático e Região do Pacífico, correspondendo por 1,36 a 2,52% do produto interno bruto da região. (FANG et al.,2012; FANG et al., 2015) Face ao grande impacto negativo destas perturbações psiquiátricas (muitas vezes subdiagnosticadas) é imprescindível a intervenção precoce de rastreio em virtude da diminuição de custos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. (Derogatis, 2001).

Tendo em vista essas questões, foi desenvolvida esta pesquisa a fim de examinar a associação entre o trauma infantil, vínculo parental, estilos defensivos e a sintomatologia atual dos indivíduos adultos e em adição, buscar entender como estas variáveis se relacionam entre si. Para contemplar este objetivo, foram utilizados quatro instrumentos: Para aferição a exposição aos traumas infantis e o estilo de vinculação parental, optou-se pelo *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e pelo *Parental Bonding Instrument* (PBI). O *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) foram escolhidos para avaliar o comportamento frente a essas experiências.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Trauma

Freud (1920), caracteriza o trauma como um evento que é capaz de romper as barreiras protetoras do ego e observa que nem todo evento traumático é destruidor. Quando a mente é protegida por mediação dos mecanismos de defesas do indivíduo, a situação traumática poderá não acarretar em danos persistentes ao aparelho psíquico.

Em *Esboço de Psicanálise*, Freud (1940) compara o impacto de um trauma psicológico ao de uma agulhada no embrião humano: “uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensiva; porém, se for numa massa de células no ato da divisão celular, promoverá uma profunda alteração do desenvolvimento daquele ser humano em formação”.

Para autores contemporâneos como Garland (2015), o trauma é um acontecimento que provoca sérios danos a características individuais, por longo prazo, no aparelho psíquico dos indivíduos. Os efeitos do evento traumático são tão intensos que não permitem que os mecanismos de defesas atuem contra a ansiedade gerada por esta experiência, gerando sofrimento psíquico.

A partir do diagnóstico nosológico do DSM-V, o trauma ocorre após a exposição a um evento traumático no qual o indivíduo experienciou, testemunhou ou foi confrontado que envolve morte ou uma ameaça à integridade física, de si mesmo e/ou de outros. A resposta do indivíduo a essa exposição é de medo e impotência e nas crianças podem ser caracterizadas por um comportamento desorganizado ou agitado (APA, 2013).

2.1.1 Trauma na infância

A caracterização de trauma infantil mais adotada atualmente é a da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere que os maus-tratos infantis são os abusos e negligências que acometem crianças menores de 18 anos de idade. Integra todos os tipos de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência e exploração comercial e/ou outra, que resulte em prejuízo real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança em um contexto de confiança ou poder. (OMS, 2016).

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), existem quatro tipos de maus-tratos infantis: Abuso físico (uso intencional de força física contra uma criança que inclui bater, chutar, chacoalhar, morder, estrangular, escaldar, queimar, envenenar e sufocar), abuso sexual (envolvimento de uma criança em atividade sexual), abuso emocional e psicológico (falha ao longo do tempo por parte de um dos pais ou cuidador, para fornecer um ambiente seguro de desenvolvimento adequado e apoio), bem como negligência (falha ao longo do tempo por parte dos pais ou de outro membro da família em prover o bem-estar da criança em uma ou mais das seguintes áreas: saúde; educação; desenvolvimento emocional; nutrição; abrigo e condições de vida seguras.)

O mais recente estudo encontrado nas bases de dados revisadas, foi uma metanálise desenvolvida por Viola et al. (2016), identificando que o Brasil é o país com as maiores taxas de maus-tratos contra crianças no mundo. Neste estudo, foram pesquisados dados de maus-tratos infantis em cerca de 30 países e notou-se que a Europa e a Ásia estavam relacionadas a estimativas mais baixas deste tipo de trauma e a América do Sul contemplava as mais altas, entre os continentes.

Coelho et al. (2018), desenvolveu uma pesquisa populacional em São Paulo com objetivo de avaliar maus tratos infantis em 5.037 moradores não institucionalizados com 18 anos ou mais. Os resultados obtidos mostram que 53,6% da população total da amostra estudada apresentou algum tipo de experiência adversa infantil.

As consequências a longo prazo da exposição a experiências adversas na infância são claras. Quando adultos, as crianças vítimas traumas na infância tem maiores chances de desenvolver depressão, tabagismo, obesidade, comportamentos sexuais de alto risco, gravidez indesejada, abuso de álcool e outras drogas. Ainda nesse sentido, estas experiências adversas podem propiciar a incidência da sintomatologia psiquiátrica como a ansiedade, depressão e psicoses. (UCHIDA et al., 2018; WAIKAMP e SERRALTA, 2018).

2.2 Vínculo Parental

Estudiosos como John Bowlby estavam interessados em observar padrões de vinculação familiar nos processos normais e patológicos no desenvolvimento humano. O autor constatou que a disponibilidade afetiva e a capacidade de resposta do cuidador frente às necessidades da criança, forneceriam a segurança emocional necessária para o desenvolvimento saudável de sua personalidade. A partir destes comportamentos, os pais seriam uma base segura para seus filhos, estimulando sua autonomia para sua relação com o mundo, tornando-os mais confiantes e resilientes a situações conflitivas. (BOWLBY, 1977;1988).

Estas primeiras observações foram a gênese dos pressupostos da Teoria do apego desenvolvida, principalmente, com base no campo psicanalítico, cognitivo e biológico. (BOWLBY, 1989; BRETHERTON, 1992).

O autor defende a existência inata de um comportamento humano em estabelecer vínculos estáveis com suas figuras primárias, especialmente em situações de vulnerabilidade que tem função adaptativa de promover proteção no início da vida e estimular o afeto por parte do cuidador. (BOWLBY, 1977; BRETHERTON, 1997).

Este comportamento prevalece nos primeiros três anos de vida e ressurgem na vida adulta quando o indivíduo se encontra em alguma situação de conflito e ameaça à sua integridade física e psíquica. Este vínculo emocional entre os pais e a criança pode ser moldado pelos cuidadores e após ser estabelecido, funciona como modelo de comportamento nas relações sociais e se mantém ao longo da vida adulta. (BOWLBY, 1988).

2.3 Mecanismos de Defesa

A teoria psicanalítica descreve os mecanismos de defesa como processos psíquicos utilizados pelo ego de forma inconsciente contra as demandas instintivas do id. Também foram caracterizados como mecanismos psicológicos que buscam equilibrar os desejos e os impulsos individuais com as censuras e as demandas da realidade externa. Nesse sentido, Freud (1894), chama a atenção para o mecanismo de defesa de repressão como forma de proteção do indivíduo contra as pulsões indesejadas pelo ego.

Após Freud, sua filha Anna desenvolveu o estudo em sua obra “*O Ego e os mecanismos de defesa*” (1936), a partir do seu trabalho com crianças e sugeriu que todos os indivíduos apresentavam algum tipo de defesa, sejam eles de organização normal ou neurótica. Ainda segundo a autora, seria indispensável a compreensão do desenvolvimento afetivo-cognitivo infantil, pois através deste conhecimento, podemos ter mais claro o estilo de funcionamento psíquico na vida adulta.

Corroborando com A. Freud, Fadiman (1980) aponta que os mecanismos de defesa se fazem presentes em todas as pessoas e são essenciais para o funcionamento do aparelho psíquico. O que determinará a capacidade adaptativa é a intensidade e a frequência do emprego destas defesas.

Em “*Adaptation to life* “ (1977), Vaillant classifica os mecanismos de defesa como psicóticos (presentes na psicose, sonhos e em crianças), imaturos (comuns em depressões mais graves, transtornos de personalidade e nos adolescentes), neuróticos (presente em todos os indivíduos), bem como mecanismos maduros (presentes em adultos saudáveis). Ainda, segundo o autor, o processo de amadurecimento do aparelho psíquico é seguido pela evolução destes processos.

Estes mecanismos de defesas, são muitas vezes utilizados em conjunto para enfrentar os conflitos derivados de experiências adversas. No entanto, existe a predominância de mecanismos de defesa específicos que determinam uma organização constante e repetitiva que poderá ser menos ou mais adaptativa variando conforme as qualidades do conjunto de defesas. (ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989)

Nesse sentido, alguns autores têm encontrado nos seus estudos a associação entre o estilo de defesa maduro, imaturo e neurótico com níveis de gravidade de psicopatologia. (GREENHUT, 2017; MARTINS, 2016; BLAYA, C. et al., 2006).

2.4 Sintomatologia psicopatológica

Segundo a American Psychiatric Association (2013), a psicopatologia é a área que aborda a natureza e as causas das perturbações psiquiátricas que podem ser definidas como

padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que provoquem diferentes incapacidades nas áreas de funcionamento pessoal, mental e social do indivíduo.

Freud em “*O Caminho de Formação dos Sintomas*” (1916), descreve a sintomatologia psicopatológica como sentimentos disfuncionais, que provocam danos e despertam desprazer e sofrimento. Segundo o autor, o principal prejuízo é em virtude do gasto de energia direcionado para a manutenção desse sintoma. Nesse sentido, o indivíduo poderá ser afetado por um empobrecimento de sua energia psíquica afetando suas atividades cotidianas e consequentemente sua saúde-mental.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal quantitativo (Gil, 2010). Derivado de um projeto guarda-chuva coordenado pela Prof.^a Dra. Fernanda Serralta no LAEPSI (Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia), PPG em Psicologia da UNISINOS que objetiva examinar a associação entre as experiências traumáticas, estilo de apego na infância com as disfunções da personalidade na vida adulta e o impacto destas variáveis nos processos e nos resultados em psicoterapia psicanalítica.

3.2 Local de Estudo

A coleta dos dados desta pesquisa foi realizada num ambulatório de psicoterapia de orientação analítica na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os tratamentos ofertados nesta instituição são adequados à renda dos pacientes, oriunda de população de classe média baixa.

3.3 Amostra

Todos os pacientes adultos, maiores de 18 anos, que procuraram atendimento em um centro de psicoterapia de orientação analítica entre abril de 2015 e outubro de 2016, foram incluídos no presente estudo.

3.4 Procedimentos de Coleta

A coleta de dados para o presente estudo foi desenvolvida no contexto da pesquisa maior a que esta pesquisa se vincula. A explicação sobre a pesquisa e o convite para participação voluntária foi realizada antes da 1ª sessão de tratamento, no momento da triagem, por um bolsista de pesquisa treinado. Após assinar o consentimento de participação (Anexo A), os pacientes responderam a um questionário para acessar sua sintomatologia geral e alguns outros dados sociodemográficos e clínicos. Na 4ª sessão de tratamento, pacientes e seus respectivos terapeutas receberam um envelope fechado contendo diversos instrumentos de autorrelato (CTQ, PBI, DSQ e o BSI, Anexos B, C, D, E respectivamente). A instrução para os pacientes foi de que respondessem aos instrumentos no local de preferência e devolvessem na sessão seguinte. Foram incluídos casos em que os pacientes não devolveram os instrumentos na 5ª sessão e que tendo manifestado espontaneamente intenção de trazer na sessão seguinte (6ª sessão), o fizeram. Os demais casos foram excluídos e tratados como perda amostral.

3.5 Instrumentos

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Neste estudo, as adversidades precoces foram avaliadas pelo instrumento *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, que foi desenvolvido por Bernstein (1994). Na versão inicial era composto por 70 itens e a forma de aplicação era auto-

aplicável. Logo após, o autor desenvolveu uma nova versão reduzida em 28 itens com as mesmas propriedades psicométricas da versão original. Este instrumento investiga cinco dimensões traumáticas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Calculados pelo alfa de Cronbach, Bernstein & Fink tiveram bons indicadores de consistência interna de todas suas subescalas, cujas medianas variaram de $\alpha=0,66$, para a subescala de negligência física, a $\alpha=0,92$ para a de abuso sexual. Ademais, a confiabilidade do instrumento foi analisada por teste re-teste, demonstrando-se estável. Nesse sentido, o CTQ é um instrumento tanto para adolescentes e adultos (a partir de 12 e 18 anos), onde quem responde mensura a frequência de 28 assertivas relacionadas com experiências traumáticas infantis em uma escala Likert de cinco pontos, variando entre 1 (nunca) e 5 (quase sempre). (BERNSTEIN et al., 1994; BERNSTEIN et al., 1997; BERNSTEIN et al., 2003).

A versão no idioma português foi traduzida, adaptada e validada pelo autor Grassi-Oliveira em 2006 e denominada “Questionário sobre Traumas na Infância” (QUESI). (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

Defensive Style Questionnaire (DSQ)

Em 1983, Bond et al., desenvolveram um instrumento autoaplicável, composto por 88 itens que foi especialmente criado para avaliar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa, objetivando evidenciar um estilo característico do indivíduo de lidar com seus conflitos. (BOND et al., 1983).

Após, uma versão mais curta foi desenvolvida com 40 itens, na qual cada defesa é representada por dois itens. O DSQ é um questionário de autoaplicação que avalia 20 defesas. Quatro defesas integram o fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro o fator neurótico (anulação, pseudo- altruísmo, idealização e formação reativa) e doze defesas contemplam o fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, “fantasia autista”, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). Este

questionário pode fornecer os escores individuais das vinte defesas, obtidos pela média dos dois itens correspondentes de cada defesa ou fornecer os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo) também calculados pela média dos itens pertencentes aquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 “discordo completamente” a 9 “concordo plenamente”.

No estudo de validação do DSQ-40 no país, desenvolvido por Blaya (2005), a análise em três fatores explicou 38.1% da variância da amostra. O Fator I (imaturo), envolveu todas as defesas imaturas do instrumento original, exceto a racionalização. O Fator II (maduro), contemplou todas as defesas maduras e incluiu a racionalização e o Fator III foi chamado de fator neurótico.

Brief Symptom Inventory (BSI)

Este instrumento é uma versão reduzida da escala SCL-90 (Symptom Checklist – 90), cujo instrumento é muito utilizado em diversos países e contextos para aferição de sintomas psiquiátricos e sofrimento psicológico. (DEROGATIS, 2004). O BSI, assim como a SCL-90, pode ser utilizado como medida no progresso psicoterapêutico, bem como para avaliação clínica. Se constitui como um instrumento auto-aplicável constituído por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada sintoma o impactou durante a última semana, numa escala Likert de cinco pontos em que “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). O BSI avalia sintomatologia psiquiátrica em termos de nove dimensões da psicopatologia (somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; e psicoticismo), bem como três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Total de Sintomas Positivos (TSP); e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). A versão em português do Brasil foi adaptada pela equipe do Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI) da UNISINOS a partir da versão Portuguesa de Canavarro (1990).

Parental Bonding Inventory (PBI)

Este instrumento de aferição para vínculo parental foi desenvolvido em 1979 para mensurar a participação e contribuição dos pais nesse vínculo. O PBI foi desenvolvido por meio de sucessivas análises fatoriais através de 114 itens derivados da teoria e considerados construtos parentais significantes para o desenvolvimento saudável e normal da criança. É um instrumento auto-aplicável tipo likert (0-3), composto por 25 questões em relação ao pai e a mãe, em que o entrevistado responde o quão parecido é aquele comportamento com o comportamento de seus pais até os seus 16 anos. O PBI mensura dois constructos: cuidado (percepções de carinho e proximidade) e superproteção/controlado (proteção excessiva, vigilância e infantilização). No país, o PBI foi adaptado para o português por Hauck e cols. (HAUCK, 2006). Em um estudo de coorte de 20 anos, demonstrou-se que o instrumento é psicometricamente robusto e estável ao longo do tempo. (WILHELM et al., 2005).

3.6 Aspectos éticos

Todos os pacientes que aceitaram participar deste estudo receberam os esclarecimentos éticos necessários. Nos casos de recusa, os instrumentos de coleta não foram aplicados e não houve quaisquer prejuízos nos atendimentos psicoterapêuticos antes prestados. O projeto guarda-chuva ao qual este estudo se vinculado foi aprovado pelo CEP/UNISINOS nº 14/184 (Anexo F) e todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram o TCLE. (Anexo A).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Viola TW, Salum GA, Kluwe-Schiavon B, Sanvicente-Vieira B, Levandowski ML, Grassi-Oliveira R. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse Negl.* 2016;51:1-11.
- Waikamp V, Serralta FB. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Cien Psicol.* 2018; 12: 137-44.
- Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl.* 2012; 36:156-65.
- Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR, et al. The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse Negl.* 2015; 42:146-62.
- Derogatis LR. BSI, Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: NCS Pearson, 2001.
- Freud S. Além do Princípio do Prazer. v. 8. Rio de Janeiro: Imago; 1920.
- Freud S. Esboço de psicanálise. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1940.
- Garland C. Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. In Eizirik CL.; Aguiar RW.; Schestatsky, SS. (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* 3. ed.; Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2015.
- APA, A. P. A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Maus tratos infantis. Porto Alegre: WHO; 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> />. Acesso em: 05 jan. 2020.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002.
- Coelho BM, Santana GL, Duarte-Guerra LS, Viana MC, Lotufo Neto F, Andrade LH, et al. The role of gender in the structure of networks of childhood adversity. *Psychiatry research.* 2018; 270 348-356.
- Uchida Y, Takahashi T, Katayama S, Masuya J, Ichiki M, Tanabe H, et al. Influence of trait anxiety, child maltreatment, and adulthood life events on depressive symptoms. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2018; 14:3279-3287.

- Bowlby J. The Making and Beaking of Affectional Bonds. *Brit. J. Psychiat.* 1977; 30: 201-210.
- Bowlby J. Developmental Psychiatry Comes of Age. *Am J Psychiatry.* 1988; 145:1-10.
- Bowlby J. Attachments beyond the infancy. *American Psychologist.* 1989; 44:709-716.
- Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth *Developmental Psychology.* 1992; 28(5): 759-775.
- Bretherton I. Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum Dev,* 1997; 28: 33-43.
- Freud S. Neuropsicoses de defesa, in *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira.* v.3 Rio de Janeiro: Imago, 1894.
- Freud A. *O Ego e os Mecanismos de Defesa.* 8 ed. Rio de Janeiro: Civilização, 1936.
- Fadiman J, Frager R. *Teorias da personalidade.* São Paulo: Harbra; 1980.
- Vaillant GE. *Adaptation to life.* Boston: Harvard University Press; 1977.
- Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry.* 1989; 46: 455-60.
- Greenhut D. *Defense Mechanisms, Psychopathology, and Life Stress [tese]* Michigan: University of Detroit-Mercy; 2015.
- Martins RR. *Relações entre esquemas interpessoais, mecanismos de defesa, necessidades psicológicas, sintomatologia, bem-estar e distress psicológico [dissertação]* Portugal: Universidade de Lisboa; 2016.
- 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 Psiquiatria.* 2006; 28(3): 179-83.
- Freud S. Os caminhos da formação dos sintomas, in *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira.* v.16 Rio de Janeiro: Imago, 1916
- Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997 Mar; 36: 340-8.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse. *Am J Psychiatry*. 1994 Aug; 151: 1132-6.

Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma. *Child Abuse Negl*. 2003 Feb; 27: 169-90.

Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into the Portuguese language. *Rev Saude Publica*. 2006 Apr; 40(2): 249-55.

Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Mar; 40: 333-8.

Blaya C. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o Português Brasileiro. Rio Grande do Sul. Dissertação [Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Derogatis LR, Fitzpatrick M. The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18. In: Maruish ME, editor. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.

Canavarro MC. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In: Simões MR, Gonçalves MM, Almeida LS, eds. *Testes e provas psicológicas em Portugal*. 2nd ed, Braga: APPORT, 1990. 95-109

Hauck S. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr RS*. 2006 Mai; 28(2): 61-68.

Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the Parental Bonding Instrument over 20 years. *Psychol Med*. 2005 Mar; 35(3): 387-93.

7 ARTIGO



Psychotherapy and Psychosomatics <pps@manuscriptmanager.net>

para mim ▾

Submission: PPS-2020-5-11 - RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA, PARENTAL BONDING AND DEFENSIVE STYLES WITH PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN THE ADULT LIFE OF PATIENTS IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

Submitting author: Miss Vitória Waikamp

Attention: Miss Waikamp

Thank you very much for submitting the above manuscript. Please use the manuscript number as listed above on all correspondence about the manuscript.

The manuscript will now be forwarded to our Editors and reviewers and we shall inform you as soon as a decision has been made by the editorial board.

The progress of your manuscript can be followed from the progress report accessed from your account overview.

Kind regards,

Editorial Office

RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA, VÍNCULOS PARENTAIS E ESTILOS DEFENSIVOS COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS NA VIDA ADULTA DE PACIENTES EM PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

Vitória Waikamp^a; Fernanda Barcellos Serralta^b; Luis Francisco Ramos-Lima^a; Cleonice Zatti^a; Lucia Helena Freitas^a

- a. Programa de pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
- b. Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Autor Correspondente:

Vitória Waikamp

Rua Henrique Dias, 695

Santa Catarina, Sapucaia do Sul, RS - Brasil

CEP: 93214-130

waikampvitoria@gmail.com;

+55 51 989149690

RESUMO

A relação entre diferentes tipos de trauma na infância, cuidados parentais, estilos de defesas e sintomatologia na idade adulta foi proposta. Compreender a natureza desta associação é imprescindível para auxiliar psicoterapeutas que tratam pacientes com histórico de traumas pregressos. Esta pesquisa objetiva examinar a associação entre o trauma infantil, vínculo parental, estilos defensivos e a sintomatologia atual em pacientes adultos que buscaram atendimento em um ambulatório de psicoterapia de orientação analítica. A amostra foi composta por 197 pacientes em uma clínica de psicoterapia de orientação analítica vinculada a um instituto de formação. Os participantes responderam a quatro instrumentos de autorrelato que avaliaram, respectivamente, a presença e frequência de diversos tipos de traumas precoces, o tipo de vinculação parental, os estilos de defesas e a intensidade da sintomatologia atual, considerando uma ampla variedade de síndromes psicopatológicas. Os resultados obtidos sugerem que apenas 5% dos pacientes relataram não ter vivenciado alguma experiência traumática na infância. Diversos traumas apresentam associação positiva e significativa com várias dimensões de sintomas atuais, assim como os vínculos parentais e os estilos defensivos. Os estilos de defesas, quando analisadas conjuntamente com as outras variáveis, explicaram o nível de sofrimento psicológico derivado dos sintomas.

Palavras-chave: Traumas na infância. Mecanismos de defesa. Vínculo parental. Psicopatologia.

ABSTRACT

The relationship between different types of childhood trauma, parental care, defensive styles, and general symptoms in adulthood has been proposed. Understanding the nature of this association is essential to assist psychotherapists who treat patients with a history of past trauma. This study aims to examine the association between childhood trauma, parental bonding, defensive styles, and current symptoms in adult patients who sought care at an analytical psychotherapy clinic. The sample consisted of 197 patients in a clinic linked to a training institute. Participants responded to four self-report instruments that assessed, respectively, the presence and frequency of several types of early trauma, the type of parental bonding, the styles of defenses and the intensity of current symptoms, considering a wide variety of psychopathological syndromes. The results indicate that only 5% of patients reported not having experienced any traumatic experience in childhood. Several traumas such as emotional and physical abuse, emotional neglect and physical neglect showed a positive and significant association with several dimensions of current symptoms, as well as parental bonding and defensive styles. The defensive styles, when analyzed together with the other variables, explained the level of psychological suffering derived from the symptoms.

Keywords: Childhood trauma. Defense mechanisms. Parental bonding. Psychopathology.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os mais recentes dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) os maus-tratos infantis incluem as diversas formas de negligência e abuso (físicos, sexuais e emocionais), que provoquem danos potenciais à saúde, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança. Segundo Bins (2016) e o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), existem quatro tipos de maus-tratos infantis: abuso físico (uso da força física praticada por um agente agressor (adulto ou mais velho), contra a criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, com ou sem marcas evidentes), abuso sexual (intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, afim de obter satisfação sexual), abuso emocional e psicológico (definida pelo uso de palavras e ações dirigidas para envergonhar, censurar, humilhar e pressionar a criança de forma permanente), bem como negligência (privar a criança de algo de que necessita, quando isso é essencial a seu desenvolvimento saudável).

Uma única meta-análise encontrada até o momento, estimou que mais de três quartos das crianças do planeta tiveram alguma experiência moderada ou grave de abuso físico, sexual e/ou emocional durante o ano de 2015, afetando quase 1,5 bilhões de meninos e meninas com idades entre dois e dezessete anos. (HILLIS et al., 2016). No Brasil, segundo dados computados pelo Ministério dos Direitos Humanos (MDH, 2017), entre as principais denúncias de maus-tratos às crianças e adolescentes estão a negligência (73,07%), violência psicológica (47,07%) e sexual (24,19%). Uma única criança ou adolescente pode ser vítima de mais de um tipo de adversidade, motivo pelo qual a soma das percentagens ultrapassa 100%. Os dados demonstram um salto de 76.171 registros em 2016 para 84.049 no ano de 2017. Em média 230 telefonemas no canal de denúncias do MDH por dia. Por outro lado, tanto no país, como em outros lugares do mundo, o importante problema da subnotificação de maus-tratos contra a criança ainda é uma realidade. A ausência de dados atualizados denota uma falha que necessita ser revertida para o combate à violência infantil. (BINS ET AL., 2016).

Na perspectiva psicanalítica, o conceito de trauma psíquico possui o significado de um “choque violento” capaz de romper as barreiras protetoras do ego levando a perturbações duradouras na mente do indivíduo. (FREUD, 1920). A severidade e a frequência destas experiências traumáticas na infância, principalmente se negligenciadas ou tratadas de forma

inadequada, podem favorecer a manifestação de diversos sintomas psiquiátricos, em especial a ansiedade, depressão e psicoses (Isvoranu et al., 2017; Waikamp e Serralta, 2018; Uchida et al., 2018), bem como contribuir para alterações na arquitetura e no funcionamento cerebral na idade adulta (Grassi-Oliveira et al., 2015; Nettis e Mondelli, 2018).

Garland (2015) aponta que a possibilidade do indivíduo se recuperar, mesmo que de forma parcial, de um evento traumático, está associado à natureza e a qualidade de seus relacionamentos e cuidados primários. Estes cuidados são cruciais para a estruturação do aparelho psíquico e para a obtenção de importantes habilidades como a regulação emocional, função reflexiva e a capacidade de mentalização. (FONAGY et al., 2013).

Falhas nas relações primárias e a exposição dos indivíduos às adversidades infantis, podem impedir ou alterar o curso de desenvolvimento normal, levando a precariedade dos recursos psíquicos. Como consequência haverá prejuízos na capacidade simbólica para representar as experiências traumáticas, levando o indivíduo a se tornar mais suscetível ao sofrimento psicológico. Nesse sentido, entende-se que uma relação suficientemente saudável entre a criança e as figuras parentais age como fator protetor frente ao desenvolvimento da sintomatologia. (BOWLBY,1969; WINICOTT, 1975).

Algumas pesquisas têm demonstrado a associação entre o trauma na infância, vínculo parental e a incidência da sintomatologia psiquiátrica na vida adulta. Catalan et.al. (2017) propôs observar a relação entre diferentes tipos de cuidados parentais, trauma na infância e sintomas psicóticos na idade adulta em pacientes com transtorno de personalidade limítrofe, pacientes com primeiro episódio psicótico e controles saudáveis. Constataram uma relação positiva entre a sintomatologia psicótica e a existência de trauma na infância em todos os grupos. Além disso, um estilo de vínculo de controle “sem afeto” estava diretamente associado à existência de trauma. Nesta mesma perspectiva, Marshall et. al (2017) explorou esta relação e o “controle sem afeto” materno foi significativamente associado a sintomatologia depressiva em indivíduos adultos.

Nesse sentido, a favor da proteção do ego frente à sintomatologia, Freud em “*As Neuropsicoses de Defesa* “ (1894) descreve que os mecanismos de defesa são processos

psicológicos inconscientes que visam proteger o indivíduo da percepção interna de estados afetivos dolorosos.

Estes mecanismos são caracterizados como um fenômeno psíquico que surge logo na primeira infância e são influenciados principalmente pelo estilo de apego (FREUD, 1979; BESHARAT ET AL., 2001; MCMAHON ET AL., 2005). Segundo Gabbard (2016), as defesas imaturas como a dissociação permitem aos indivíduos conservar uma ilusão de controle emocional quando estes experienciam uma situação de desamparo. Esta defesa, segundo o autor, ajuda-os a se afastarem da experiência traumática durante o ocorrido e de retardar a elaboração psíquica, onde coloca o evento em perspectiva.

De acordo com Colovic et al. (2016), transtornos psiquiátricos como a ansiedade e a depressão podem ser distinguidos pelo uso de determinados mecanismos de defesa. Defesas imaturas, especificamente desvalorização e projeção, foram significativamente mais associadas a pacientes deprimidos em comparação com os ansiosos. Os resultados não confirmaram diferença significativa no uso de defesas neuróticas entre pacientes com transtornos de ansiedade e aqueles com transtornos depressivos.

Os impactos sociais e ocupacionais derivados destas condições adversas potencialmente enfraquecem o desenvolvimento geral de um país, o que reforça a importância de considerar o tema como um problema de saúde pública em todos os níveis de prevenção, especialmente no que diz respeito a programas que promovam a aprendizagem de cuidados e habilidades parentais positivas. (UNICEF, 2014; UNESCO, 2017; OMS, 2016).

A presente pesquisa objetiva examinar a associação entre o trauma infantil, vínculo parental, estilos defensivos e a sintomatologia atual em pacientes adultos que buscaram atendimento em um ambulatório de psicoterapia de orientação analítica na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O estudo dessa relação é fundamental devido ao fato de que o abuso infantil ainda está sendo relatado como um problema generalizado em todo o mundo e seus impactos na saúde mental são devastadores.

Esta investigação também pretende gerar conhecimentos técnico-científicos para auxiliar psicoterapeutas que trabalham com pacientes em sofrimento psicológico relacionado às experiências adversas na infância e para a comunidade de saúde mental.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

O presente estudo possui delineamento transversal quantitativo (Gil, 2010). É derivado de um projeto maior coordenado pela Prof.^a Dra. Fernanda Serralta no LAEPSI (Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia), PPG em Psicologia da UNISINOS que objetiva examinar a associação entre as experiências traumáticas, estilo de apego na infância com as disfunções da personalidade na vida adulta e o impacto destas variáveis nos processos e nos resultados em psicoterapia psicanalítica. A coleta dos dados foi realizada num ambulatório de psicoterapia de orientação analítica em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil e foi gerado um banco de dados de 210 pacientes. Os tratamentos ofertados nesta instituição são adequados à renda dos pacientes, em sua maioria de população de classe média baixa.

4.2 AMOSTRA

Todos os pacientes adultos maiores de 18 anos que procuraram atendimento entre abril de 2015 e outubro de 2016, foram incluídos no presente estudo. A maior parte do sexo feminino (69%) com idade média de 32 anos (DP= $\pm 12,21$). A amostra se distribui entre os diferentes níveis de escolaridade, nas seguintes percentagens: Ensino fundamental (1,1%); Ensino médio completo (16,4%) e incompleto (6,3%); Ensino superior (74%) e Nível técnico (2,1%).

4.3 INSTRUMENTOS

CTQ - Childhood Trauma Questionnaire

O CTQ foi originalmente composto por 70 questões e posteriormente reduzido para uma versão breve de 28 questões. Essa versão foi traduzida e validada para o português por Rodrigo Grassi et. al (2006) e integra as mesmas propriedades da escala original, investigando cinco dimensões traumáticas: abuso físico (AF), abuso emocional (AE), abuso sexual (AS), negligência física (NF) e negligência emocional (NE). Cada dimensão é composta por cinco questões em uma escala Likert de cinco pontos variando entre 1 “nunca” e 5 “quase sempre”. As outras três questões contemplam a escala do controle de confiabilidade das respostas. Bernstein & Fink (1998), adquiriram bons indicadores de consistência interna de todas subescalas calculados a partir do alfa de Cronbach, cujas medianas variaram de $\alpha=0,66$, para a subescala de negligência física, a $\alpha=0,92$ para a de abuso sexual. Em adição, a confiabilidade do instrumento foi avaliada por teste-reteste, apresentando-se bastante estável. A versão em português deste instrumento foi desenvolvida por Grassi-Oliveira et al. (2006) e chama-se QUESI. Em um estudo com pacientes adultos seu coeficiente de confiabilidade de 0,87.

DSQ-40 - Defensive Style Questionnaire

O DSQ-40 foi elaborado por Bond, Gardner, Christian, & Sigal (1983) com a finalidade de avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. Andrews, Singh, & Bond (1993), validaram e reorganizaram o instrumento em sua forma atual. O DSQ-40 objetiva avaliar estilos de defesa e é integrado por 40 itens associados às defesas caracterizadas no DSM-III-R. Cada item é pontuado de 1 "discordo totalmente" e 9 "concordo totalmente". O instrumento avalia 20 tipos de defesa com dois itens para cada um. As defesas são divididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo.

Quatro defesas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro relacionadas ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e doze ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, ‘fantasia autista’, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). A versão adaptada para o Brasil foi proposta por Blaya (2005) e mostrou fidedignidade. Foi avaliada pelo coeficiente alpha de Cronbach de 0,68 para o estilo maduro, 0,71 para o estilo neurótico e 0,77 para o estilo imaturo. O teste-reteste demonstrou os coeficientes de 0,68 para estilo maduro, 0,71 para estilo neurótico e 0,81 para estilo imaturo.

BSI - Brief Symptom Inventory

O BSI é uma abreviação da SCL-90 (Symptom Checklist – 90), instrumento amplamente utilizado em diversos países para avaliar sintomas de transtornos mentais e sofrimento psicológico. (DEROGATIS, 2001). O BSI, assim como a SCL-90, pode ser utilizado como medida no progresso terapêutico, bem como para avaliação clínica. Trata-se de um instrumento composto por 53 itens em uma escala tipo Likert de 5 pontos que avaliam nove dimensões sintomatológicas (ansiedade, ansiedade fóbica, depressão, hostilidade, ideação paranoide, obsessividade, psicoticismo, sensibilidade interpessoal e somatização) e produz índices globais de psicopatologia geral: o índice geral de severidade dos sintomas (IGS), o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos. O IGS é o indicador mais confiável e utilizado, sendo considerado uma medida geral de aflição ou sofrimento psicológico derivado dos sintomas. A versão em português do Brasil foi adaptada pela equipe do Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI) da UNISINOS a partir da versão Portuguesa de Canavarro (1999).

PBI - Parental Bonding Inventory

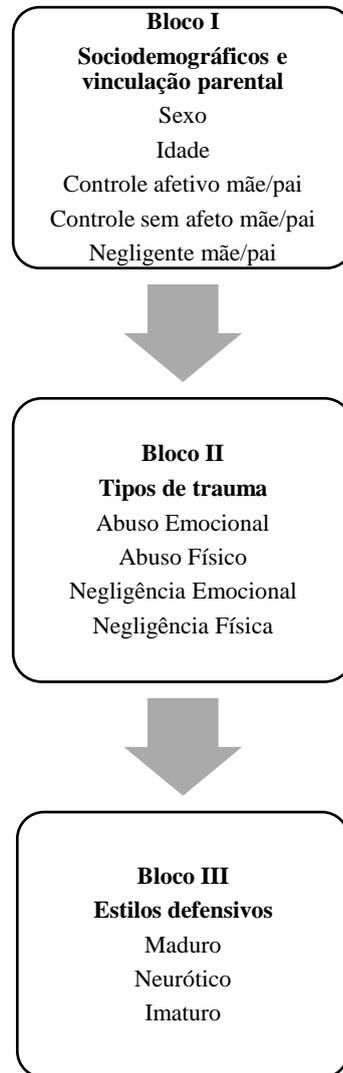
O PBI é um instrumento composto por 25 perguntas do tipo likert que variam de 0 a 3 em relação ao pai e à mãe, no qual o sujeito é inquerido sobre o quão parecido aquele determinado comportamento é com o comportamento dos seus pais até os seus 16 anos. O PBI mede dois construtos: cuidado e controle (também denominado “superproteção”). Altos escores na subescala “cuidado” indicam percepções de carinho e proximidade, enquanto em “controle” escores maiores sugerem proteção excessiva, vigilância e infantilização. A versão em português do Brasil foi elaborada por Hauck, Schestatsky, Terra, Knijnik, Sanchez e Ceitlin (2006). Segundo esses autores, os diversos estudos realizados com o instrumento atestam que este se trata de uma medida psicometricamente robusta, estável ao longo do tempo e cujo constructo se mantém nas diversas versões para outras línguas já realizadas e validadas. A falta de afeto, especialmente quando associada ao controle excessivo foi relacionada a patologias na vida adulta, incluindo os transtornos de personalidade. Hauck et al. (2006) atestaram a equivalência conceitual, semântica e funcional e operacional do instrumento.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no contexto da pesquisa maior ao qual este estudo se vincula. A explicação sobre a pesquisa e o convite para participação voluntária na mesma foi feita antes da 1ª sessão de tratamento (durante a triagem) por um bolsista de pesquisa. Após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo F), os pacientes responderam a um questionário para acessar sua sintomatologia geral e alguns outros dados sociodemográficos e clínicos. Na 4ª sessão de tratamento, pacientes e seus respectivos terapeutas receberam um envelope fechado contendo os quatro instrumentos de autorrelato (CTQ, PBI, DSQ e o BSI analisados especificamente neste estudo). A instrução foi de que fossem respondidos no local de sua preferência e devolvidos na próxima sessão. Foram incluídos alguns casos em que os participantes não retornaram os instrumentos na 5ª sessão e que tendo manifestado espontaneamente intenção de trazer na sessão seguinte (6ª sessão), o fizeram. Os demais casos foram excluídos e tratados como perda amostral (n=13).

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 18.0. Para caracterizar a amostra foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequência e percentagem). Foram utilizados procedimentos de correlação de Spearman para investigar a associação entre variáveis. O modelo hierarquizado por meio da regressão linear múltipla também foi utilizado a fim de obter informações mais específicas sobre relações entre as variáveis em estudo e o GSI, sendo constituído por blocos ou níveis (Figura 1). A escolha das variáveis para inclusão no modelo não depende unicamente de associação estatística na análise bivariada, mas também, do conhecimento teórico acerca da determinação social e/ou biológica do evento de interesse. Para este estudo foram criados três blocos: no bloco I foram incluídas as variáveis como sexo e idade, bem como a vinculação parental. No bloco seguinte (bloco II), foram incluídos os eventos traumáticos que poderiam ser influenciados pelas variáveis do bloco superior. Já no bloco III foram incluídas as variáveis dos estilos defensivos que podem ser influenciados também pelas variáveis sociodemográficas, vínculo parental e tipo de trauma. Todas as variáveis que foram incluídas no bloco de entrada permaneceram no modelo até o final da inclusão de todos os blocos, independentemente de sua significância estatística. O nível de significância (α) considerado em todas as análises foi de 0,05.

Figura 1 – Modelo hierárquico multivariado (n=197)

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A investigação foi conduzida em conformidade com os procedimentos éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos, pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96).

O projeto maior ao qual este estudo é vinculado foi aprovado pelo CEP/UNISINOS nº 14/184. As informações obtidas foram utilizadas para fins de pesquisa e todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram o TCLE. Este documento contém esclarecimentos sobre os objetivos e direitos dos entrevistados, bem como a concordância para participação do estudo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 197 pacientes adultos em Psicoterapia de Orientação Analítica, sendo 136 mulheres e 61 homens, com idades entre 18 e 67 anos ($M= 32$; $DP= 12,21$). A maioria dos indivíduos que responderam ao estado civil eram casados (24,9%) e possuíam ensino superior (74,0%), conforme Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de frequência relativa e absoluta dos pacientes segundo as características sociodemográficas

Características Sociodemográficas		
Pacientes (n=197)	N	%
Sexo		
Feminino	136	69,0
Masculino	61	31,0
Idade		
Até 30 anos	104	55,1
31 a 50 anos	63	33,4
Acima de 50 anos	22	11,6
<i>Missing</i>	8	–
Escolaridade		
Ensino Fundamental	2	1,1
Ensino Médio	31	16,4
Ensino Médio Incompleto	12	6,3
Ensino Superior	140	74,0
Nível Técnico	4	2,1
<i>Missing</i>	8	–
Estado Civil		
Solteiro (a)	17	21,8
Casado (a)	49	62,8
Viúvo (a)	9	11,5
Divorciado (a)	2	1,3
União Estável	1	2,6
<i>Missing</i>	119	–

5.2 ANÁLISES DESCRITIVAS PARA AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste estudo, foram realizadas análises descritivas dos resultados dos seguintes instrumentos utilizados: Questionário de Trauma na Infância (CTQ), Vínculo Parental (PBI), Estilos Defensivos (DSQ-40) e do Inventário Breve de Sintomas (BSI), conforme Tabela 2.

Pode-se observar que as ocorrências traumáticas mais frequentes na amostra avaliadas pelo CTQ foram a negligência emocional (M= 2,17; DP=0,99), abuso emocional (M= 2,11; DP=1,00), seguido de abuso físico (M= 1,60; DP=0,70), negligência física (M= 1,42; DP=0,58) e abuso sexual (M= 1,41; DP= 0,90). Considerando o trauma total, este apresentou média de 1,75 (DP= 0,65). Importante ressaltar que somente 5% dos pacientes relataram nunca ter vivido uma experiência adversa na infância (1 no CTQ total). Foi constatado que 84% dos indivíduos relataram abuso e negligência emocional, 53,3% negligência física, 69% abuso físico e 29% abuso sexual. (Waikamp & Serralta, 2018)

No que compete aos vínculos parentais, considerando os pontos de corte para as dimensões do PBI, os pacientes referiram baixo cuidado (M= 22,74; DP= 9,30) e alto controle (M= 15,70; DP=8,24) materno, bem como baixo cuidado (M= 19,90; DP= 9,60) e alto controle paterno (M= 14,06; DP=8,09). A partir das duas dimensões do PBI “cuidado” e “controle”, os estilos parentais “cuidado ótimo”, “controle afetivo”, “controle sem afeto” e “negligente”, foram identificados. Constatou-se que o estilo de cuidado mais prevalente foi o “controle sem afeto” tanto para a mãe como para o pai. Os resultados estão expostos na Tabela 3.

Em relação às defesas, o estilo de defesa maduro foi o mais predominante na amostra (M= 4,91; DP= 1,23), seguido pelo grupo das defesas neuróticas (M= 4,24; DP= 1,27) e imaturas (M= 3,65; DP= 1,13).

Ao considerar o índice geral de severidade e as subescalas do BSI, é possível observar que os sintomas mais intensos foram as obsessões-compulsões (M= 1,47 DP= 0,93), depressão (M=1,40 e DP= 0,98), sensibilidade interpessoal (M=1,29 e DP= 0,99), ansiedade (M=1,24 e DP= 0,87) e ideação paranoide (M=1,20 e DP= 0,95). O Índice Geral de Severidade dos Sintomas apresentou média de 1,12 (DP = 0,72). (Waikamp & Serralta, 2018).

Tabela 2 - Estatísticas descritivas das médias para as escalas totais e subescalas dos instrumentos de trauma na infância (CTQ), vínculo parental (PBI), estilos defensivos (DSQ-40) e sintomatologia (BSI) (n= 197)

CTQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Abuso Emocional	1,00	4,60	2,11	1,00
Abuso Físico	1,00	4,40	1,60	0,70
Abuso Sexual	1,00	5,00	1,41	0,89
Negligência Emocional	1,00	4,80	2,17	0,99
Negligência Física	1,00	3,60	1,42	0,58
CTQ Total	1,00	4,36	1,75	0,65
PBI	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Mãe cuidado	0,00	36,00	22,74	9,30
Mãe controle	0,00	34,00	15,70	8,24
Pai cuidado	0,00	36,00	19,90	9,60
Pai controle	0,00	39,00	14,06	8,09
DSQ-40	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Maduro	1,00	7,80	4,91	1,23
Neurótico	1,13	7,50	4,24	1,27
Imaturo	1,18	7,41	3,65	1,13
BSI	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	0,00	4,00	1,24	0,87
Somatização	0,00	3,71	0,78	0,83
Psicoticismo	0,00	3,80	0,98	0,84
Ideação Paranoide	0,00	3,80	1,20	0,95
Obsessões-Compulsões	0,00	4,00	1,47	0,93
Hostilidade	0,00	3,80	0,99	0,75
Ansiedade Fóbica	0,00	4,00	0,67	0,82
Depressão	0,00	4,00	1,40	0,98
Sensibilidade Interpessoal	0,00	4,00	1,29	0,99
GSI	0,02	3,60	1,12	0,72

Tabela 3 -Frequência relativa e absoluta para os estilos de vínculo parental (n=197)

Estilos de vínculo parental (PBI)		
Pacientes (n=197)	N	%
Vínculo parental Mãe		
Cuidado ótimo	43	22,6
Controle afetivo	34	17,9
Controle sem afeto	75	39,5
Negligente	38	20
<i>Missing</i>	7	–
Vínculo parental Pai		
Cuidado ótimo	35	20
Controle afetivo	34	19,4
Controle sem afeto	62	35,4
Negligente	38	20
<i>Missing</i>	15	–

5.3 ESTUDO DE CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Foram avaliadas possíveis associações entre traumas na infância (CTQ total e subescalas), vínculo parental (subescalas e estilos parentais da mãe e pai pelo PBI), estilos defensivos (três fatores), bem como a sintomatologia atual dos pacientes (GSI e nove subescalas do BSI) através do teste de correlação de Spearman.

Traumas na infância e Sintomatologia

Esta análise correlacional foi realizada previamente em um estudo anterior, com a mesma amostra de pacientes, por Waikamp e Serralta (2018) intitulado “Repercussão dos traumas na infância na psicopatologia da vida adulta”. No entanto, para contemplar os objetivos desta pesquisa, julgou-se necessário repeti-lo.

Observa-se na Tabela 4 que o índice de trauma total apresentou correlações positivas e significativas com todas as dimensões de sintomas variando entre $r = 0,38$; $p=0,001$ (paranoia) e $r = 0,26$; $p=0,001$ (obsessões-compulsões), e com o índice geral de severidade dos sintomas ($r = 0,37$; $p = 0,001$). Considerando cada tipo de trauma, as correlações mais fortes encontradas foram:

abuso emocional com ideação paranoide ($r= 0,39$; $p=0,001$), psicoticismo ($r= 0,32$; $p= 0,001$), sensibilidade interpessoal ($r= 0,34$; $p= 0,001$) e depressão ($r= 0,33$; $p= 0,001$); abuso físico com ideação paranoide ($r= 0,21$; $p=0,005$) e sensibilidade interpessoal ($r= 0,20$; $p= 0,006$); abuso sexual com ideação paranoide ($r= 0,20$; $p=0,007$) e psicoticismo ($r= 0,18$; $p= 0,014$); negligência emocional com ideação paranoide ($r=0,33$; $p= 0,001$), depressão ($r= 0,32$; $p=0,001$), somatização ($r= 0,28$; $p= 0,001$) e sensibilidade interpessoal ($r= 0,28$; $p=0,001$), bem como negligência física com ansiedade fóbica ($r= 0,28$; $p=0,001$) e somatização ($r= 0,28$; $p= 0,001$).

Tabela 4 - Correlações entre Traumas na Infância e Sintomatologia (n=197)

Traumas na Infância (CTQ)	Sintomatologia (BSI)									
	ANS	SOM	PSI	PAR	OC	HOS	AFOB	DEP	SI	GSI
Abuso Emocional	0,28**	0,26**	0,32**	0,39**	0,26**	0,28**	0,25**	0,33**	0,34**	0,36**
Abuso Físico	0,15*	0,15*	0,16*	0,21**	0,18*	0,19**	0,13	0,13	0,20**	0,20**
Abuso Sexual	0,10	0,10	0,18*	0,20**	0,10	0,15*	0,14	0,13	0,12	0,13
Negligência Emocional	0,25**	0,28**	0,27**	0,33**	0,22**	0,29**	0,28**	0,32**	0,28**	0,33**
Negligência Física	0,24**	0,28**	0,23**	0,20**	0,20**	0,17*	0,29**	0,23**	0,22**	0,26**
CTQ Total	0,29**	0,30**	0,33**	0,38**	0,26**	0,31**	0,31**	0,34**	0,35**	0,37**

Nota: ANS= Ansiedade; SOM= Somatização; PSI= Psicoticismo; PAR= Ideação Paranoide; OC= Obsessões-Compulsões; HOS= Hostilidade; AFOB= Ansiedade Fóbica; DEP= Depressão; SI= Sensibilidade Interpessoal; IGS = Índice Geral de Severidade de Sintomas. ** = $<0,01$ * = $<0,05$

Vínculo parental e Sintomatologia

Conforme Tabela 5, observa-se que o cuidado materno foi negativamente correlacionado com ideação paranoide ($r= -0,18$; $p= 0,011$), obsessões-compulsões ($r= -0,15$; $p=0,035$) e somatização ($r= -0,14$; $p= 0,049$). Quando se refere ao controle da mãe, a dimensão apresentou relação positiva e significativa com todos os tipos de sintomas, principalmente com sensibilidade interpessoal ($r= 0,27$; $p= 0,001$), ansiedade ($r= 0,26$; $p= 0,001$), obsessões-compulsões ($r=0,25$; $p= 0,001$), ideação paranoide ($r=0,23$; $p= 0,001$) e psicoticismo ($r= 0,16$; $p= 0,023$), bem como com o índice geral de severidade de sintomas ($r = 0,26$; $p= 0,001$).

Na escala do pai, a dimensão “cuidado” apresentou correlação negativa com diversos sintomas oscilando entre depressão ($r = -0,21$; $p = 0,001$) e somatização ($r = -0,14$; $p = 0,059$) e com o GSI ($r = -0,20$; $p = 0,001$). O controle paterno, assim como o materno, também apresentou correlações positivas e significativas com uma gama de sintomas, em especial as obsessões-compulsões ($r = 0,22$; $p = 0,001$), hostilidade ($r = 0,21$; $p = 0,001$) e ideiação paranoide ($r = 0,20$; $p = 0,001$), incluindo o GSI ($r = 0,20$; $p = 0,001$).

Tabela 5 - Correlações entre vínculo parental e sintomatologia (n=197)

Vínculo parental (PBI)	Sintomatologia (BSI)									
	ANS	SOM	PSI	PAR	OC	HOS	AFOB	DEP	SI	GSI
Mãe cuidado	-0,07	-0,14*	-0,05	-0,18*	-0,15*	-0,10	-0,12	-0,12	-0,09	-0,14
Mãe controle	0,26**	0,18*	0,16*	0,23**	0,25**	0,21**	0,17*	0,17*	0,27**	0,26**
Pai cuidado	-0,15*	-0,14*	-0,15*	-0,11	-0,19*	-0,18*	-0,17**	-0,21**	-0,17*	-0,20**
Pai controle	0,14	0,17*	0,16*	0,20**	0,22**	0,21**	0,05	0,17*	0,18*	0,20**

Nota: ANS= Ansiedade; SOM= Somatização; PSI= Psicoticismo; PAR= Ideação Paranoide OC= Obsessões-Compulsões; HOS= Hostilidade; AFOB= Ansiedade Fóbica; DEP= Depressão; SI= Sensibilidade Interpessoal; IGS = Índice Geral de Severidade de Sintomas.

** = $<0,01$ * = $<0,05$

Estilos defensivos e Sintomatologia

Considerando os três fatores (maduro, neurótico e imaturo), estes apresentaram associações significativas com grande parte da sintomatologia, incluindo o GSI ($r = -0,39$; $p = 0,001$), ($r = 0,32$; $p = 0,001$) e ($r = 0,65$; $p = 0,001$), respectivamente, conforme Tabela 6. No estilo de defesa maduro, observa-se a correlação negativa com todos os sintomas, especialmente com a depressão ($r = -0,44$; $p = 0,001$) e sensibilidade interpessoal ($r = -0,39$; $p = 0,001$). Não diferente, as defesas neuróticas também apresentaram associação com grande parte da sintomatologia, variando entre psicoticismo ($r = 0,31$; $p = 0,001$), paranoia ($r = 0,31$; $p = 0,001$) e hostilidade ($r = 0,15$; $p = 0,039$). Nota-se que o estilo de defesa imaturo demonstra forte associação com toda a sintomatologia do BSI e com o GSI ($r = 0,65$; $p = 0,001$) e chama a atenção a intensa relação com a depressão ($r = 0,61$; $p = 0,001$), sensibilidade interpessoal ($r = 0,61$; $p = 0,001$), psicoticismo ($r = 0,60$; $p = 0,001$), paranoia ($r = 0,60$; $p = 0,001$), obsessões-compulsões ($r = 0,58$; $p = 0,001$) e ansiedade ($r = 0,53$; $p = 0,001$).

Tabela 6 - Correlações entre estilos defensivos e sintomatologia (n=197)

Estilo de defesa (DSQ)	Sintomatologia (BSI)									
	ANS	SOM	PSI	PAR	OC	HOS	AFOB	DEP	SI	GSI
MADURO	-0,32**	-0,17*	-0,32**	-0,27**	-0,33**	-0,32**	-0,28**	-0,44**	-0,39**	-0,39**
NEUROTICO	0,30**	0,22**	0,31**	0,31**	0,29**	0,15*	0,13	0,25**	0,31**	0,32**
IMATURO	0,53**	0,43**	0,60**	0,60**	0,58**	0,51**	0,35**	0,61**	0,61**	0,65**

Nota: ANS= Ansiedade; SOM= Somatização; PSI= Psicoticismo; PAR= Ideação Paranoide OC= Obsessões-Compulsões; HOS= Hostilidade; AFOB= Ansiedade Fóbica; DEP= Depressão; SI= Sensibilidade Interpessoal; IGS = Índice Geral de Severidade de Sintomas. ** = <0,01 * = <0,05

Regressão Linear Múltipla

De acordo com a Tabela 7, observa-se que os pacientes com mais idade apresentaram menos sintomas. Quando se refere ao estilo de vínculo parental a amostra que apontou o “controle sem afeto” tanto materno, quanto paterno, apresentaram escores maiores de sintomas em relação aos que referiram um “cuidado ótimo” do pai e da mãe. Quanto aos traumas relatados, o abuso e a negligência emocional foram as experiências adversas que mais explicaram a sintomatologia observada nos pacientes. No entanto, quando todas as variáveis são incluídas no modelo, os estilos de defesa maduro e imaturo permitem explicar mais de 50% ($r^2 = 0,575$) da variância da severidade geral da psicopatologia reforçando a hipótese de que as defesas, à exceção das neuróticas, explicam o nível de sofrimento psicológico percebido derivados da sintomatologia atual destes pacientes.

Tabela 7 – Modelo hierárquico multivariado (n=197)

Modelo hierárquico multivariado			
n=197			
	B.	Beta	Sig.
Bloco I			
Sociodemográficos e vinculação parental			
Sexo	-,116	-,074	,343
Idade	-,011	-,177	,023
Controle afetivo materno	,213	,116	,209
Controle sem afeto materno	,282	,187	,064
Negligente materno	-,147	-,079	,418
Cuidado ótimo materno	ref.	–	–
Controle afetivo paterno	,172	,095	,324
Controle sem afeto paterno	,382	,247	,019

Negligente paterno	,300	,181	,086
Cuidado ótimo paterno	ref.	–	–
Bloco II			
Tipos de trauma			
Abuso Emocional	,139	,189	,076
Abuso Físico	-,020	-,018	,841
Negligência Emocional	,208	,273	,038
Negligência Física	-,004	-,003	,974
Bloco III			
Estilos defensivos			
Maduro	-,184	-,312	,000
Neurótico	,038	,064	,353
Imaturo	,374	,556	,000

Nota: B= Coeficiente não-padronizado; Beta= Coeficiente padronizado; Sig.= Significância.

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou examinar a associação entre o trauma precoce, vínculo parental, estilos defensivos e sintomatologia em pacientes adultos atendidos em fase inicial num ambulatório de psicoterapia de orientação analítica (POA). De modo geral, os resultados obtidos sugerem que existem associações entre as variáveis, reforçando o caráter clínico dos processos que envolvem os traumas precoces e suas repercussões a longo prazo.

A experiência do trauma precoce e a sintomatologia na vida adulta

Como resultado obtido previamente (Waikamp e Serralta, 2018), mais da metade dos participantes deste estudo apontaram terem sido vítimas de negligência e o abuso emocional. Segundo Bins et al. (2016), este tipo de adversidade é uma das formas mais difíceis de ser identificada pela vítima e tem sido cada vez mais associada a consequências catastróficas na vida adulta.

Esta forma de violência demonstra para a criança que seus cuidadores não a consideram como merecedora de estima e amor, que é indesejada naquele contexto. Nesse sentido, chama-se a atenção para uma meta-análise desenvolvida por Zatti et al. (2017), onde formas discretas de trauma na infância, como casos de negligência emocional e lar desfeito, podem contribuir significativamente para tentativas de suicídio na idade adulta.

Segundo Waikamp e Serralta (2018), a sintomatologia obsessiva-compulsiva seguida da depressiva foram as mais prevalentes na amostra. Estes sintomas estão relacionados predominantemente a uma estrutura ou organização neurótica de personalidade (MCWILLIAMS, 2014), confirmando o perfil dos pacientes que buscaram atendimento no ambulatório em que foi realizado este estudo.

Genericamente, percebe-se que os indicadores de trauma total (CTQ total) e do índice geral de severidade dos sintomas (GSI) possuíram, em sua grande maioria, associações positivas e mais intensas do que as observadas entre cada tipo de trauma e agrupamentos individuais de sintomas. Estes dados apontam que o sofrimento derivado da sintomatologia atual destes pacientes está positivamente correlacionado com a ocorrência das experiências traumáticas infantis.

Nota-se a intensa associação do abuso e negligência emocional com a sintomatologia mais grave como a ideação paranoide, sensibilidade interpessoal, depressão e psicoticismo, que corroboram com os achados da literatura de associação entre traumas precoces e a sintomatologia psicótica (ISVORANU et al., 2017; CATALAN et al., 2017; TROTTA, MURRAY, FISHER, 2015), bem como com os transtornos da personalidade (GABBARD; CATALAN et al., 2017). Segundo Siegel (2005), Kohut ao estudar sintomas mais graves constatou que, uma vez que o indivíduo é isento de relações objetais internalizadas, haveria uma predisposição para a formação da sintomatologia psicótica. Esses sintomas seriam, então, a tentativa do indivíduo de recuperar o contato com os objetos perdidos. Para Fonagy (2004), os sintomas típicos de pacientes com transtornos graves da personalidade decorrem da ativação do sistema de apego inseguro que também é derivado das experiências adversas da infância.

Os sintomas ansiosos na vida adulta também estavam diretamente associados à ocorrência de experiências traumáticas na infância, em especial abuso e negligência emocional, sendo consistentes com os achados de HUH et al. (2017).

O vínculo parental e sua associação com a sintomatologia atual

De acordo com o esperado, o estilo de cuidado “controle sem afeto” paterno e materno foi o mais predominante na amostra e é caracterizado por um alto controle (superproteção e intrusão) e um baixo cuidado parental (indiferença e rejeição).

Esse tipo de vínculo representado pela falta de cuidado e superproteção dos cuidadores, reflete no desenvolvimento de um apego inseguro na criança, repercutindo em prejuízos nos recursos psíquicos, favorecendo a psicopatologia. (BOWLBY, 1979; 1989).

Nesse sentido, as obsessões compulsões, paranoia, hostilidade, psicoticismo bem como o índice geral de severidade dos sintomas relacionaram-se com a dimensão “controle” de ambos os pais sugerindo falhas nas relações objetais primárias, ficando o indivíduo vulnerável ao sofrimento psicológico. (BOWLBY, 1969; WINNICOTT, 1975).

O controle materno foi o que evidenciou maior relação entre número de sintomas e, inclusive, como índice geral de severidade de sintomas do BSI, sendo consistente com os trabalhos de Winnicott (1958) que indicam que falhas na capacidade da mãe em se identificar e estar atenta às necessidades do seu bebê, predis põem a psicopatologia ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Sendo assim, a função materna tem importância determinante na vida de seu filho. Esses achados vão ao encontro de Catalan et.al. (2017) e Marshall (2017) que constataram que o estilo de cuidado “controle sem afeto” da mãe estava relacionado positivamente a sintomatologia psicótica atual da amostra, bem como associado aos sintomas depressivos nos indivíduos adultos. Em adição, foram encontradas intensas relações entre o controle materno e a sensibilidade interpessoal dos pacientes, porém, observa-se a ausência de estudos na literatura que sustentem este resultado.

As correlações negativas de cuidado paterno e materno com a sintomatologia atual dos pacientes, especialmente depressão e a paranoia, bem como com o GSI, indicam que um vínculo caracterizado por amor e apoio com as figuras objetais primárias age como fator protetor e contribui para a noção de bem-estar psicológico, bem como para o estabelecimento de relações estáveis na vida adulta. Nesse sentido, o cuidado aparece como fundamental na constituição da saúde mental dos indivíduos (BOWLBY, 1969; WINNICOTT, 1975).

Chama a atenção a intensa correlação negativa entre o cuidado paterno e a depressão, sugerindo a importância do papel do pai face ao desenvolvimento da sintomatologia depressiva. Segundo Lebovici (1987), as consequências danosas da privação da relação paterna com a criança, variam de acordo com o grau da mesma. A falta deste vínculo pode trazer consigo a angústia, uma excessiva necessidade de amor, sentimento de vingança e, por conseguinte, culpa e depressão.

Winnicott (1896) destaca a importância de um ambiente saudável, estilo de apego seguro e do bom desempenho de papéis vitais dos pais e/ou cuidadores para um desenvolvimento psíquico satisfatório para a criança. Considerados em conjunto, os resultados do presente estudo enfatizam o imprescindível papel que a relação entre pais/cuidadores e filhos determina no desenvolvimento futuro destes indivíduos. (BOWLBY, 1984).

Os mecanismos de defesa e a sintomatologia atual

Genericamente, nota-se a predominância do estilo de defesa maduro na amostra estudada. Isso pode ser explicado talvez por uma possível organização neurótica da personalidade dos pacientes e nela predominam mecanismos de defesa mais maduros como a antecipação, humor e supressão. (SPRINZ, 2015). McWilliams (2014) explica que esta preferência se dá de forma inconsciente e é o resultado da interação de diversos fatores como temperamento constitucional, as tensões que este indivíduo sofreu na primeira infância, as defesas modeladas pelos cuidadores e as consequências do uso de defesas particulares. Segundo Eizirik e Bassols (2013), o conjunto de defesas utilizado por um indivíduo para lidar com a ansiedade derivada dos conflitos internos fornece uma contribuição decisiva para a estruturação da sua personalidade.

Quando correlacionado com a sintomatologia, o estilo de defesa imaturo foi o fator que mais apresentou correlação com todas as variedades de sintoma, inclusive com o GSI. Corroborando com o achado de Gabbard (2016), quando o indivíduo se utiliza de defesas imaturas, como a dissociação, estes experimentam uma ilusão de controle frente a uma situação traumática, vendo o evento em perspectiva. E como esperado, as defesas maduras apresentaram correlação negativa com todas as variedades de sintomas, assim como com o GSI. Isto sugere que quanto mais defesas maduras e adaptativas, menos suscetível o indivíduo fica ao sofrimento psicológico, corroborando com a literatura.

Preditores de sintomatologia

Tendo em vista estes resultados, é possível concluir que os indivíduos que experienciaram relações inseguras e instáveis com seus cuidadores, necessitaram defender-se de estados afetivos dolorosos derivados desta falha de contenção emocional (BIERNBAUM, 1998). Estes sentimentos não contidos na idade são intensificados pelas respostas emocionais da criança, reforçando seu potencial destruidor. Estas experiências acabam sendo internalizadas, impactando o desenvolvimento saudável, podendo acarretar uma desintegração do ego. Sendo assim, surge a necessidade de exclusão destes estados emocionais, como forma de proteção do ego destas emoções patogênicas. As adversidades

precoces levam à uma percepção negativa de si e do outro, levando o indivíduo a uma incapacidade de lidar de forma adaptativa com seus conflitos. Nesse sentido, observa-se a predominância das defesas imaturas para lidar com o sofrimento percebido derivado destas experiências precoces.

Por outro lado, quando a criança estabelece com seus cuidadores um vínculo seguro e de apoio, o cuidador poderá auxiliar na regulação e contenção de afetos negativos, minimizando seus efeitos. (Fonagy et. al., 2013). Com esta relação internalizada, o sentimento de segurança se mantém e poderá ressurgir ao longo da vida do indivíduo sem a presença dos cuidadores, favorecendo sua regulação emocional. Estas experiências são fundamentais para o desenvolvimento de um ego íntegro, possibilitando ao indivíduo lidar com suas vivências emocionais de forma mais adaptativa, auxiliando na elaboração de defesas mais maduras. Nesse sentido, indivíduos com experiências seguras de vinculação conseguem lidar com memórias emocionais angustiantes sem serem dominados por estas, não necessitando recorrer a defesas que podem distorcer a realidade.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa oferece reforços para a compreensão das relações entre o trauma infantil, experiências de vinculação com os pais na infância, estilos defensivos e sintomatologia de pacientes adultos em psicoterapia de orientação analítica. Este é um estudo correlacional, inferencial e explicativo e utilizou-se do modelo hierárquico que não foi baseado somente nos dados, como também, em hipóteses teóricas de base psicodinâmica. Nesse sentido, os resultados obtidos estão de acordo com estes pressupostos e com dados empíricos de estudos internacionais que examinaram estas associações. É importante destacar que o presente estudo foi realizado com uma amostra naturalística explicando a heterogeneidade em termos de sintomatologia.

Em adição, a pesquisa empírica psicanalítica ainda é incipiente no país e pretende-se com este estudo contribuir para a homogeneização da literatura nacional e internacional acerca do tema referido.

REFERÊNCIAS

- Organização Mundial Da Saúde (OMS). Maus tratos infantis. Porto Alegre: WHO; 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> />. Acesso em: 10 jul. 2018.
- Hillis S, Mercy JA, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016;137(3): e20154079
- Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Balanço disque 100 - 2017 - Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2017.
- Bins HDC.; Dotta-Panichi RM; Grassi-Oliveira R . Violência Infantil. In: Abdalla-Filho E; Chalub M; Telles LEB. (Org.). *Psiquiatria Forense de Taborda*. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2016: 331-355.
- Freud S. Moisés e o monoteísmo. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1939.
- Isvoranu AM, van Borkulo CD, Boyette LL, Wigman JTW, Vinkers CH, Borsboom D. A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophr Bull.* 2017 Jan; 43(1): 187–196.
- Waikamp V, Serralta FB. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Cien Psicol.* 2018; 12(1):137-144.
- Uchida Y, Takahashi T, Katayama S, Masuya J, Ichiki M, Tanabe H. Influence of trait anxiety, child maltreatment, and adulthood life events on depressive symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018; 14: 3279–3287.
- Grassi-Oliveira R, Haag C, Brietzke E, Coelho R. Neurobiology of child maltreatment. In: Clemants P, Seedat S, Gibbings E. *Mental health issues of child maltreatment*. Saint Louis: STM Learning, 2015
- Nettis MA, Mondelli V. Childhood Trauma and Adulthood Immune Activation. *Inflammation and Immunity in Depression.* 2018; 253-65.
- Garland C. Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3. Ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2015.
- Fonagy P, Gabbard GO, Clarkin JF. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico*. 4 ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2013.
- Bowlby J. *Attachment and Loss: attachment.v.1*. New York, NY: Basic Books, 1969.

Winnicott DW. A criatividade e suas origens. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Catalan A, Angosto V, Díaz A, Valverde C, de Artaza MG, Sesma E, et al. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Research*. 2017 May; 251:78-84. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.02.017.

Marshall M, Shannon C, Meenagh C, Mc Corry N, Mulholland C. The association between childhood trauma, parental bonding and depressive symptoms and interpersonal functioning in depression and bipolar disorder. *Ir J Psychol Med*. 2018 Mar;35(1):23-32. doi: 10.1017/ipm.2016.43.

Freud S. The neuro-psychoses of defense. ed., 3, p. 41-61 Standard; 1894.

Freud A. The ego and the mechanisms of defense. 2.ed. Madison, Connecticut: 1979.

Besharat MA, Iravani M. An investigation of the relationship between attachment styles and defense mechanisms. *J Psychol*. 2001; 19(3): 277-89

McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defense styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*. 2005 Jan;84(1):15-24.

Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. 5. ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2016.

Colovic O, Lecic Tosevski D, Perunicic Mladenovic I, Milosavljevic M, Munjiza A. Defense Mechanisms in "Pure" Anxiety and "Pure" Depressive Disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2016 Oct;204(10):746-751.

United Nations Children's Fund. Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence against Children [acesso em 27 Mar 2020]. Disponível em: www.unicef.org/publications/index_74865.html.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. School Violence and Bullying: Global Status Report [acesso em 27 Mar 2020]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002469/246970e.pdf>.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into the Portuguese language. *Rev Saude Publica*. 2006 Apr;40(2):249-55. Epub 2006 Mar 29.

Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. 1998. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. Bondgardner.

- Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(3):333-8.
- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(4):246-56.
- Blaya C. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS; 2005.
- Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-I for the Revised Version. Baltimore: John Hopkins University School Medicine; 2001.
- Canavarro MC. Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI. In: Simões MR, Gonçalves M, Almeida LS. Testes e provas psicológicas em Portugal v.2, 87-109. Braga: SHO-APPOR, 1999.
- Hauck S. Associação entre estilo defensivo e gravidade de sintomas de TEPT e depressão em mulheres vítimas de violência sexual na infância e na vida adulta. In: 28ª SEMANA CIENTÍFICA DO HCPA, 2008, PORTO ALEGRE-RS. Revista HCPA (UFRGS. Impresso). v. 28. 305-306. Porto Alegre-RS: HCPA, 2008.
- Zatti C, Freitas LHM. Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS. Dissertação [Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
- McWilliams N. Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Trotta A, Murray RM, Fisher HL. The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(12):2481-98.
- Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord*. 2017 Apr 15;213:44-50.
- Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- Bowlby J. Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- Bowlby J. Attachment and Loss: attachment. New York, NY: Basic Books; 1969.
- Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 1958.

Lebovici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1896

Bowlby, J. Apego. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

Sprinz I. Conceitos fundamentais na abordagem do ego e suas defesas. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 3. Ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2015.

Eizirik CL, Bassols AMS. Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In: Eizirik CL, Bassols AMS. O ciclo da vida humana. 2 ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2013.

Biernbaum M. Attachment style, defense mechanisms, sex, and psychopathological symptom severity: a self-organizational perspective. University of Washington: United States, 1988.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (paciente – fase 1)

Sou Fernanda Barcellos Serralta e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "*A personalidade borderline e seu impacto nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica*". A pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). O estudo tem como objetivo conhecer a relação entre características de personalidade, experiências da infância, manifestações psicopatológicas da vida adulta e processo de vinculação e mudança na psicoterapia de orientação psicanalítica. Você foi selecionado para participar da pesquisa por estar ainda na fase inicial da sua psicoterapia.

A sua participação no estudo envolve responder a sete questionários que examinam diferentes características de sua personalidade, comportamentos, estado emocional, experiências traumáticas na infância, vínculo com seus pais na infância e adolescência e a relação atual com o seu terapeuta.

Sua decisão em participar do estudo é voluntária e não irá influenciar no tratamento que você está realizando na instituição. Os questionários que você receberá deverão ser preenchidos em casa e não deverão ocupar o tempo do seu atendimento, a não ser que você mesmo decida fazê-lo. É importante que você saiba que caso você sinta algum desconforto em relação às perguntas dos questionários, você pode não responder a pergunta ou interromper a sua participação na pesquisa sem necessidade de qualquer explicação. Se isso vier a ocorrer, seu atendimento continuará sendo realizado da mesma maneira pelo seu terapeuta.

Você não deverá ter qualquer tipo de despesa financeira com a participação na pesquisa. Por esse motivo, você também não receberá nenhum tipo pagamento ou ressarcimento decorrente da sua participação.

Ao concordar em participar voluntariamente no estudo você estará dando autorização para que as suas respostas aos questionários sejam utilizadas nesta pesquisa. Somente a equipe de pesquisa coordenada por mim terá acesso aos questionários respondidos. A publicação dos dados do estudo será realizada em revistas e eventos científicos, sem quaisquer dados que possam identificar você.

Se desejar, você pode fazer contato comigo pelos telefones (51) 35911204 ou (51) 95536303 e ou e-mail fernandaserralta@gmail.com para obter esclarecimentos sobre procedimentos ou outros assuntos relacionados com esse estudo.

Para confirmar sua participação no estudo, você deve preencher as informações solicitadas abaixo e assinar o termo de consentimento em duas vias, uma das quais ficará consigo.

Desde já agradeço a sua colaboração,

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em 22.1.2014

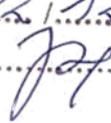
Fernanda Barcellos Serralta

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome

Assinatura

UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: / /

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 22 / 12 / 14


ANEXO B – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)

Marque a opção que mais se adequa a você em relação às frases abaixo e sua infância.

Enquanto eu crescia ...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tinha o suficiente para comer.					
2. Eu sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido(a)", "preguiçoso(a)" e "feio(a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir-se especial ou importante.					
6. Eu tinha que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado(a).					
8. Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que por isso tive que ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não havia nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém em minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.					
13. As pessoas em minha família cuidavam uma das outras.					
14. As pessoas em minha família diziam coisas que me machucavam ou me ofendiam.					
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que por isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.					

18. Eu sentia que alguém na minha família me odiava.					
19. As pessoas em minha família se sentiam próximas uma das outras.					
20. Alguém tentou me tocar ou me fez tocar-lhe de uma maneira sexual.					
21. Alguém ameaçou me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Alguém tentou me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui abusado emocionalmente.					
26. Havia alguém para me levar no médico caso eu precisasse.					
27. Eu acredito que fui abusado sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

ANEXO C – Parental Bonding Instrument (PBI)

Instrumento sobre o Vínculo Parental - Mãe

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

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente fria comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhosa comigo	()	()	()	()
Gostava quando eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Frequentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dela	()	()	()	()

Ela sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetora comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

Instrumento sobre o Vínculo Parental - Pai

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

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhoso comigo	()	()	()	()
Gostava quando eu tomava minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Frequentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()

Tentava me fazer dependente dele	()	()	()	()
Ele sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetor comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

ANEXO D – Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)

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

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

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

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

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

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

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

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

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

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

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

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

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

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

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

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

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

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

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

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

lugares.

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

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

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

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

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

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Eu não tenho medo de nada.

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

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

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

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

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

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

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

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

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

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

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

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO E – Brief Symptom Inventory (BSI)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado (a) pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores no coração ou no peito					
8. Medo na rua ou em praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não podem ser controlados					

14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de você					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de você					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de automóvel, de ônibus ou de metrô					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou calorões					
31. Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que lhe causam medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					

33. Sensação de anestesia (formigamento ou dormência) no corpo					
34. Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Sensação de fraqueza em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou bater nas coisas					
42. Sentir-se muito inibido com as outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões, como em shoppings ou cinemas					
44. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em uma discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão inquieto que não consegue manter-se sentado					
50. Sentir que não tem valor					

51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de você					
52. Ter sentimento de culpa					
53. Ter a impressão de que há algo errado na sua mente					

ANEXO F – CEP/UNISINOS

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 204/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/184 **Versão do Projeto:** 17/12/2014 **Versão do TCLE:** 17/12/2014

Coordenadora:

Profa. Fernanda Barcellos Serralta (PPG em Psicologia)

Título: A personalidade borderline e seu impacto nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 17 de dezembro de 2014.


Prof. Dr. José Rogue Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS