

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Da Dissociação à Resiliência: A influência das
experiências infantis no estilo de defesa em adultos.**

Julia Domingues Goi

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik
Co-Orientadora: Dra. Simone Hauck

Porto Alegre, 09 de fevereiro de 2012

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Da Dissociação à Resiliência: A influência das
experiências infantis no estilo de defesa em adultos.**

Julia Domingues Goi

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Co-orientadora: Dra. Simone Hauck

Porto Alegre, Brasil.
2012

Ficha Catalográfica

CIP - Catalogação na Publicação

Domingues Goi, Julia

Da Resiliência à Dissociação: A influência das experiências infantis no estilo de defesa em adultos / Julia Domingues Goi. -- 2012. 156 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.

Coorientadora: Simone Hauck.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Resiliência. 2. Experiências Infantis. 3. Estilo Defensivo. 4. Dissociação. 5. Traumas Precoces. I. Laks Eizirik, Cláudio, orient. II. Hauck, Simone, coorient. III. Título.

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

“É necessário voltar a pensar o já pensado de uma perspectiva diferente, a do até então desconhecido”.

(Norberto Marucco, 2005, p. 85).

“O melhor compromisso da psicanálise como teoria e como terapia é com o padecer do homem e com suas possibilidades de descobrir e desenvolver o melhor de si mesmo, ou seja, sua capacidade de trabalhar (produzir, criar) e amar.”.

(Norberto Marucco, 2005, p. 94)

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao meu querido orientador, Cláudio Eizirik, por ter me oportunizado a realização deste mestrado, acreditado no projeto e sempre incentivado a seguir em frente. Além de ser um exemplo de ética, empatia, capacidade e profissionalismo. Aprendi muito nesses anos acompanhando uma pequena parte do seu trabalho. Agradeço também à minha co-orientadora, Simone Hauck, que se dispôs a me ajudar sempre que preciso, dando-me estímulos e boas idéias. Agradeço a ambos pela disponibilidade, paciência, compreensão e continência.

Às colegas Kariny e Débora, com quem dividi vários momentos de estresse, mas também muitos de alegria. Foi também com quem iniciei a coleta e montagem do banco de dados.

Aos demais colegas que ajudaram nas coletas e no banco, pois sem eles não seria possível realizar este estudo: Lívia Hartmann de Souza, Anne Sordi, Fernanda Kreische, Stefânia Teche, Ingrid Hartmann, Gabriela Nuernberg, Maria Helena Oliveira, Mário Barcellos, Mariana Torres, Mariana Jaeger.

Aos colegas do grupo de orientandos do Prof. Cláudio: Marina, Ellen, Camila, Daniela, Rafael, Ana Margareth, Pricila, pelas sugestões sempre pertinentes.

Ao CELG (Centro de Estudos Luís Guedes) por sempre ter me acolhido e oferecido a estrutura de apoio necessária para realizar qualquer estudo: espaço, materiais, artigos, gentileza, carinho. Agradecimento especial nos nomes de Maria Luiza Farias de Campos, Tanise Gonzalez e Patrícia Azambuja.

Gostaria de agradecer também ao Programa de Pós Graduação, à Cátia e à Claudia, por estarem sempre a postos para fornecer qualquer informação ou resolver alguma dúvida. Também ao Fundo de Incentivo a Pesquisa pelo apoio financeiro e a CAPES pelas bolsas.

Agradeço ainda aos integrantes do Laboratório de Psiquiatria Molecular do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que ajudaram nas dosagens do BDNF: Laura, Gabriel, Bianca, Bianca Pfaffenseller, Pâmela.

Agradeço também ao Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas, especialmente à Mara, presentes desde o início da minha formação psiquiátrica.

Aos meus amigos, pela tolerância, compreensão e parceria.

Ao meu analista.

Aos pacientes e indivíduos que se dispuseram a participar sem receber nada em troca. Aos pacientes com quem eu tive contato ao longo da minha formação (ainda e sempre em andamento), pois eles são o incentivo para eu continuar estudando.

Agradeço então acima de tudo, à minha família; Goi, meu pai e Cátia, minha mãe por tudo sempre, por serem meus modelos, me incentivarem sem, no entanto deixarem de me alertar, por me ajudarem sem, no entanto deixarem de me ensinar como chegar a um objetivo e por estarem sempre dispostos a comemorar comigo os momentos de alegria. As conquistas da minha vida sempre tiveram a colaboração e o apoio deles. Ao Pedro, meu irmão e colega, pela parceria, pelo apoio e pela ajuda no processo de elaboração dos artigos e à Silvia, minha cunhada e também colega, pela companhia e pela ajuda na revisão dos textos. São pessoas que eu amo muito e sei que estarão sempre comigo e com quem eu faço questão de dividir todos os momentos possíveis.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	09
Resumo	10
Abstract	12
APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DA LITERATURA	
1. Trauma	17
1.1. Trauma Emocional	17
1.2. Trauma Infantil: <i>Escala de Avaliação de Traumas na Infância (CTQ)</i> ...	19
1.3. Trauma Infantil e suas conseqüências para o indivíduo.....	20
2. Continuum Saúde-Doença	23
2.1. Resiliência	23
2.2. Estilo Defensivo	29
2.3. Dissociação	31
3. Integração dos Aspectos Psicológicos e Neurobiológicos	33
3.1. Psicoterapia Psicanalítica	33
3.2. Relação da Genética, Neurobiologia e Estruturas Cerebrais com as Experiências Traumáticas	36
3.3. O BDNF	39
OBJETIVOS	42

ARTIGOS

Artigo 1 43

Artigo 2 68

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 92

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 97

ANEXOS

1. Projeto de Pesquisa 109

2. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa 138

3. Termo de Consentimento Informado 139

4. Protocolo de Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação

 Analítica 140

5. Protocolo de Avaliação dos Indivíduos Resilientes 144

6. CTQ 148

7. DSQ-40 150

8. DES 153

9. Especificações do método de dosagem do BDNF 156

ABREVIATURAS E SIGLAS

- BDNF = do inglês – *Brain Derived Neurotrophic Factor*
- CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
- CRF = do inglês - *Corticotrophine Release Factor*
- CTQ = do inglês - *Childhood Trauma Questionnaire*
- DES = do inglês - *Dissociative Experiences Scale*
- DSM-IV = do inglês - *Diagnostic and Statistical Manual - IV*
- DSQ = do inglês - *Defense Style Questionnaire*
- FIPE = Fundo de Incentivo à Pesquisa
- HCPA = Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- HHA = Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
- HIV = do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*
- MAO-A = Monoaminoxidase-A
- MINI = do inglês - *Mini International Neuropsychiatric Interview*
- POA = Psicoterapia de Orientação Analítica
- PP = Psicoterapia Psicodinâmica
- QUESI = Questionário Sobre Traumas na Infância
- RNAm = do inglês – *Messenger Ribonucleic Acid*
- SRQ = do inglês - *Self Report Questionnaire*
- TAB = Transtorno Afetivo Bipolar
- TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
- TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- TPB = Transtorno de Personalidade Borderline
- TrkB = do inglês - *Tropomyosin-related kinase B Receptor*

RESUMO

Introdução: Muitos estudos têm confirmado a intrínseca relação das experiências na infância com o desenvolvimento do indivíduo, tanto em seus aspectos psicológicos, quanto em seus aspectos biológicos, estruturais e genéticos. Os mecanismos de defesa, a dissociação (como uma defesa primitiva) e a resiliência são medidas indiretas do desenvolvimento psicobiológico do ser humano. Entretanto, ainda existem resultados contraditórios e a forma como ocorre essa relação ainda não é completamente conhecida. Além disso, o estudo dessas interações pode ajudar a direcionar intervenções no sentido de minimizar os efeitos de traumas precoces bem como potencializar as defesas mais adaptadas, promovendo a resiliência e favorecendo um bom desenvolvimento da personalidade e do ego do indivíduo.

Método: Este trabalho refere-se aos resultados de um estudo transversal, em que 73 pacientes com indicação de psicoterapia psicodinâmica foram avaliados antes do início do tratamento, bem como 25 indivíduos saudáveis e resilientes, que estiveram expostos a um trauma maior segundo a definição do DSM-IV, mas não desenvolveram sintomatologia psiquiátrica. Os instrumentos aplicados a todos os participantes foram o CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), o DSQ (Defensive Style Questionnaire) e a DES (Dissociative Experiences Scale). Ainda foram coletados 4mL de sangue de cada participante para a posterior dosagem de BDNF.

Resultados: Os pacientes com indicação de PP apresentaram mais traumas na infância, uso maior de defesas imaturas, uso menor de defesas maduras, mais experiências dissociativas e maiores níveis de BDNF séricos. Além disso, foi encontrada correlação positiva entre o escore total da CTQ, abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e negligência física com o fator imaturo do DSQ. Os escores da DES também tiveram correlação positiva com o fator imaturo, principalmente a fantasia autística, e com o abuso emocional. Houve correlação negativa do escore total da CTQ, do abuso emocional, abuso sexual e negligência emocional com o fator maduro. A única correlação do fator neurótico foi com a negligência física, positivamente. O BDNF correlacionou-se

negativamente com o fator maduro e as defesas de supressão e antecipação. **Discussão:** Esses resultados estão, em sua maioria, de acordo com estudos prévios e contribuem para confirmar a importante influência das experiências de vida precoce na determinação do funcionamento mental e psicobiológico do indivíduo, o que pode acontecer através de alterações epigenéticas ou em estruturas cerebrais ou ainda na neurobiologia cerebral gerando maior ou menor adaptação aos eventos estressores da vida adulta, isto é, através da reação ao estresse e resiliência.

ABSTRACT

Introduction: Many studies have confirmed the close relationship of childhood experiences with the individual development in its psychological, genetic, structural and biological aspects. The defense mechanisms of the dissociation (as a primitive defense) and resiliency are indirect measures of psychobiological development of the human being. However, there are contradictory results and this relationship is still not fully known. Furthermore, the study of these interactions can help direct interventions to minimize the effects of early trauma and enhance the defenses, promoting resilience and fostering healthy development of individual personality and ego. **Method:** This study concerns to the results of a cross-sectional study in which 73 patients referred to psychodynamic psychotherapy were evaluated before treatment. Twenty-five healthy and resilient, who were exposed to a major trauma as defined by DSM-IV, but has not developed psychiatric symptoms, were also evaluated. The instruments applied to all the participants were the CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), the DSQ (Defensive Style Questionnaire) and the DES (Dissociative Experiences Scale). In addition, it has been collected 4mL of blood from each participant for subsequent measurement of BDNF. **Results:** Patients referred to PP presented more childhood trauma, greater use of immature defenses, minor use of mature defenses, more dissociative experiences and higher levels of serum BDNF. Moreover, positive correlation was found between the total CTQ scores, emotional abuse, physical abuse, emotional neglect and physical neglect with the DSQ immature factor. The DES scores were also correlated with the immature factor, especially autistic fantasy, and emotional abuse. It has been demonstrated also negative correlation between the total CTQ scores, emotional abuse, sexual abuse and emotional neglect with the DSQ mature factor. Neurotic factor was only correlated with physical neglect, positively. BDNF was negatively correlated with the mature factor and the defenses of suppression and anticipation. **Discussion:** These results are mostly in agreement with previous studies and contribute to confirm the important influence of early life experiences in determining the individual psychobiological and mental functioning, which may occur through epigenetic

changes in brain structures or even in brain neurobiology. These processes probably generate more or less adaptation to stressful events in adulthood, by mechanisms of reaction to stress and resilience.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada **“Da Dissociação à Resiliência: A influência das experiências infantis no estilo de defesa em adultos”**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30 de março de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

Sigmund Freud (1856-1939) originalmente acreditava que as pacientes histéricas teriam sofrido traumas sexuais na infância e que seus sintomas seriam representações simbólicas de suas experiências traumáticas. Pensava que seus sintomas seriam solucionados se trouxessem ao consciente as ansiedades reprimidas relacionadas ao trauma. Apenas mais tarde ele reviu essa formulação para argumentar que as memórias de terem sido seduzidas seriam fantasias, derivadas de desejos infantis inconscientes. Apesar dessa mudança de opinião ter sido crucial para o desenvolvimento da psicanálise, por ter abordado o inconsciente, as fantasias e os desejos provenientes dele, ao mesmo tempo desviou a atenção do papel do trauma no desenvolvimento de psicopatologia. No entanto, Freud nunca abandonou a importância dos eventos traumáticos no desenvolvimento do indivíduo e de sua tendência à psicopatologia (S. Freud, 1917; Holmes, 2005). A capacidade de adequação e a resposta à intensidade de um mesmo acontecimento potencialmente traumático diferem em cada indivíduo de maneira correspondente à estrutura e à preparação do ego. Logo, crianças muito pequenas seriam menos capazes de lidar com os traumas e produziram respostas menos adaptadas, muito embora talvez também possam filtrar um pouco mais os estímulos externos. Sendo assim, os traumas precoces podem ser responsáveis por conseqüências desastrosas para o futuro dessas crianças e características mais difíceis e complexas em suas vidas. (Marucco, 2005).

Com o surgimento da psicanálise, no início do século XX, tornou-se importante a compreensão psicodinamicamente orientada do funcionamento mental e de seus transtornos, baseada na existência do inconsciente, dos mecanismos de defesa e compulsão à repetição de conflitos. Uma grande variedade de tratamentos foi desenvolvida desde então para o tratamento das psicopatologias e distúrbios de natureza emocional. A terapia analítica se caracteriza por buscar ampliar a capacidade da mente e as possibilidades de escolha do indivíduo, além da melhora dos sintomas. Independente da forma e do conteúdo das apresentações clínicas e

culturais deste momento, os elementos fundamentais da psicanálise, descritos por Freud e desenvolvidos principalmente por Melanie Klein, Bion, Winnicott, Meltzer, continuam a ser observados em qualquer contexto clínico; o inconsciente, a sexualidade infantil, a transferência, a contratransferência, a resistência, as oscilações entre diferentes estados mentais, a capacidade de transformação (Eizirik, 2008).

Porém, o pior desfecho possível para a psiquiatria seria a fragmentação da mente e do cérebro, como se fossem isolados um do outro. Essa falsa dicotomia leva nossos pacientes a erroneamente pensar que os dois não estão inextricavelmente ligados e depende de uma grande quantidade de novos estudos e pesquisadores interessados para ser desfeita. Este estudo foi realizado neste contexto de se tentar uma aproximação das visões psicodinâmica e neurobiológica no que se refere ao trauma infantil e suas repercussões na vida adulta. Para tanto, lançamos mão do estudo das defesas psicológicas, em especial a dissociação, em relação às experiências precoces sabendo que estas experiências emocionais são capazes de influenciar o desenvolvimento neurobiológico e estrutural do indivíduo, o que leva à adaptação mais ou menos saudável deste ao seu mundo. A compreensão desses fenômenos ajuda a atualizar a ação da Psicoterapia de Orientação Analítica (POA) ou Psicoterapia Psicodinâmica (PP), apontando a direção das intervenções e revelando os aspectos de maior necessidade de atenção e tratamento.

Inicialmente será abordado o trauma emocional principalmente na infância e um panorama de inúmeros achados envolvendo experiências precoces. Então será focado o aspecto da resiliência dentro da compreensão de um continuum saúde-doença, explorando a maneira como os indivíduos se relacionam com o mundo externo, suas relações interpessoais e os eventos da vida adulta. Assim, o estudo da resiliência representa o extremo mais saudável desse continuum e o estudo de defesas imaturas, bem como o estudo da dissociação, abordados na seqüência, representam o outro extremo, relacionado à maior tendência à patologia e ao empobrecimento do ego.

REVISÃO DA LITERATURA

1. TRAUMA

1.1. Trauma Emocional

Segundo Laplanche e Pontalis, trauma é aquele acontecimento da vida que se caracteriza por sua intensidade, pela incapacidade do sujeito em responder a ele adequadamente, assim como pelos transtornos e efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. (Laplanche & Pontalis, 1971). A palavra trauma vem do grego e significa o rompimento da pele, do envelope do corpo. Freud usou-a metaforicamente para enfatizar como a mente pode ser “ferida” e ficar com cicatrizes, a partir de um evento traumático. Ele entendia que a mente possuía uma espécie de escudo protetor que consistiria em um filtro altamente sensível a eventos externos, capaz de ignorar e diminuir a intensidade de vários estímulos, a fim de manter o equilíbrio psíquico e a capacidade de interagir com o mundo. Nesse sentido, um evento traumático seria um excesso de estímulos que a mente não poderia filtrar ou negar temporariamente, ocasionando uma desorganização em seu funcionamento (Freud, 1915).

A partir dos conceitos introduzidos por Melanie Klein, o desenvolvimento psíquico e a personalidade do indivíduo passaram a ser entendidos como fruto das relações de objeto precoces. Ou seja, a maneira como o indivíduo percebe a realidade e a si mesmo depende das relações que estabeleceu na infância com seus cuidadores e outras pessoas significativas. Esses modelos de relacionamento são internalizados e ficam “povoando o mundo interno do indivíduo”, servindo de modelo para todas as relações futuras com o mundo externo. A maneira como o indivíduo vai vivenciar e “metabolizar” o evento traumático dependerá de como ele será interpretado pelo seu mundo interno (Klein, 1926).

Os adultos, a partir das vivências infantis, poderão trazer consigo essa sensação de segurança e capacidade e sentirem-se aptos a cuidar de si mesmos (senso de autonomia). Outros, por falhas no seu desenvolvimento irão sentir-se inseguros ou ainda, por motivos complexos diversos, buscarão situações de risco. No entanto, mesmo no caso do indivíduo “normal”, com seu senso de autonomia preservado e predominância de bons objetos, alguns eventos (traumas) serão graves o bastante para desestruturar o indivíduo. O trauma vai de encontro ao seu conceito mais interno de realidade que passa a ser percebida como violenta e ameaçadora. É como se os bons objetos tivessem falhado em protegê-los dos maus objetos, que ressurgem como ameaçadores de um mundo antes percebido como bom e previsível. Impulsos e ansiedades primitivas ficam vívidos e intensos, resultando em uma sensação de risco iminente. A organização defensiva é desestruturada e então o indivíduo sente-se permanentemente em risco e desprotegido. A realidade confirmou seus medos mais primitivos e a “mãe-cuidadora” que vivia em seu mundo interno não pôde protegê-lo. Como se estruturará a sua personalidade, a partir de então, dependerá de como ele processará o evento em seu mundo interno. Esse processo de buscar no passado, no mundo interno, fantasias que de alguma forma correspondam ao trauma é uma tentativa de dar sentido ao que não faz sentido, de processar o trauma, de tentar reacomodar o mundo interno. O fato é que nesse processo inevitavelmente o evento atual fica cheio de significados fantasiados a partir do passado, muitas vezes significados perturbadores. Essa ligação inconsciente presente-passado tem grande responsabilidade na dificuldade de tratamento das conseqüências do trauma (Garland, 2003).

A definição de trauma no DSM-IV descreve uma “experiência de ameaça a vida ou à integridade física, vivenciada com intenso medo, desamparo ou terror”. A percepção do perigo, mais do que o perigo real, parece determinar as respostas neurofisiológicas ao estresse. (American Psychiatric Association, 2002). Eventos traumáticos podem ou não deixar marcas no indivíduo, dependendo de seu significado individual. Por exemplo, Kendler et al. (2003) demonstraram que eventos da vida podem desencadear episódios depressivos naqueles com

vulnerabilidade genética. Por tudo isso, os clínicos devem explorar os significados dos traumas, ao invés de meramente identificar sua presença, tendo em vista a especificidade humana inerente ao trabalho que envolve a compreensão do indivíduo (Gabbard, 2007).

1.2. Trauma Infantil - Escala de Avaliação de Traumas na Infância (CTQ)

A criança, por sua imaturidade psíquica terá menor capacidade para responder adequadamente a um evento traumático e conseqüentemente a representá-lo em seu mundo interno. A representação ou a ligação da pulsão são maneiras de dominar a angústia decorrente desse estímulo, a angústia traumática. Auxiliar a criança nesse processo de representação é justamente a função continente da mãe, através de sua *revèrie* descrita por Bion, onde se desenvolve a capacidade de pensar e metabolizar angústias e ansiedades inicialmente sem significados e percebidas como possivelmente traumáticas (Bion, 1962; Marucco, 2005). As experiências de traumas na infância são de difícil mensuração e podem ser dos mais diversos tipos, como traumas do desamparo, violências, negligências, abusos sexuais, morte dos pais, afastamento dos cuidadores, ausência de recursos básicos de sobrevivência, superproteção, falta de cuidados, excesso de controle e rigidez dos pais, entre outros.

Com o objetivo de medir a contribuição dos traumas infantis no desenvolvimento humano, foi elaborado o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), que consiste em 70 itens em sua versão original, reduzidos para 28 itens auto-aplicáveis retrospectivos em sua versão breve, tornando-se mais prático e rápido, tendo cinco itens para cada domínio, além de um domínio com três itens que avalia a tendência a negar os traumas, mantendo suas qualidades psicométricas. (Bernstein e Fink, 1998; Bernstein e Fink, 2003). É um instrumento válido e confiável, incluindo coeficientes de confiabilidade teste-reteste entre 0,78 e 0,88 em uma média de quatro meses e coeficientes de consistência interna entre alfa de Cronbach = 0,66 até 0,95 em diferentes amostras de adultos e adolescentes em ambas as versões. (Bernstein e Fink, 1998; Simeon, 2003; Palvio, 2004) Mostrou-se também estável ao longo do tempo, mesmo após seis

meses de psicoterapia. (Palvio, 2001). Seus itens são classificados de 1 a 5 desde o “nunca foi verdadeiro” até o “ muito frequentemente verdadeiro” em uma escala do tipo Likert, com escores variando de 5 - 25 e acessam cinco diferentes tipos de experiências negativas na infância. O domínio chamado abuso emocional reflete o grau em que os indivíduos sentiram-se verbalmente aviltados ou humilhados na infância. O domínio do abuso físico indica o grau em que o respondedor foi fisicamente agredido de forma a provocar lesões. No abuso sexual estimam-se as experiências de contato sexual coercivo. Já o domínio da negligência emocional avalia o quanto as necessidades emocionais da criança deixaram de ser atendidas enquanto que a negligência física reflete o grau em que as necessidades físicas do indivíduo não foram atendidas. (Bernstein e Fink, 1998; Bernstein e Fink, 2003). O CTQ é um questionário amplamente utilizado e foi traduzido em sua versão breve para o português, sendo chamada QUESI (Questionário sobre Traumas na Infância) validada por Grassi-Oliveira et cols. (Grassi-Oliveira, 2006).

1.3. Trauma Infantil e suas conseqüências para o indivíduo

É sabido que experiências precoces infantis determinam o desenvolvimento da personalidade no adulto. A partir da análise de crianças, Klein introduziu a idéia de que as relações do bebê com seus objetos existiriam desde o início da vida e constituiriam a base do desenvolvimento psíquico. Surge a idéia de que a mente é povoada por modelos de relações com o outro e consigo mesmo, que são construídos desde o nascimento e reconstruídos ao longo da vida, a partir das projeções e introjeções de impulsos amorosos e agressivos (Klein, 1926; Eizirik & Hauck, 2008). Vivências mais adequadas na infância proporcionam o desenvolvimento de defesas psicológicas mais maduras, permitindo assim um melhor padrão adaptativo de personalidade, uma melhor qualidade nos relacionamentos interpessoais e um melhor desenvolvimento cognitivo (Russ, 2003). De acordo com Russ et al (2003), a rejeição materna

na infância está significativamente associada ao desenvolvimento de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Assim como falta de cuidado parental e a superproteção durante a infância estão relacionadas ao desenvolvimento da personalidade antissocial e do uso de drogas (Enns, 2002; Guerra, 2004).

Vários estudos demonstram que traumas infantis tais como negligência, violências emocionais, físicas ou sexuais, carências, entre outros interferem sobremaneira na forma como essas crianças desenvolver-se-ão. Maus-tratos na infância são sabidamente associados com uma variedade de efeitos prejudiciais para a saúde e para o funcionamento social (Doyle, 2001; Briere, 2003). As Nações Unidas publicaram os resultados do primeiro estudo compreensivo global sobre a violência contra a criança, em que se viu que o abuso sexual está isoladamente relacionado com comportamento sexual de risco na população geral, com o comportamento sexual de risco para HIV entre mulheres adultas e com o uso de drogas entre jovens (Steel, 2005; Pinheiro, 2006; Parillo, 2001; Perkins, 2004). Maus-tratos, negligência e abuso físico, sexual e emocional na infância também são considerados fatores de risco que predispõe a comportamento suicida na idade adulta (Roy, 2007; Heim, 2001). Estudos sugerem que o trauma infantil relaciona-se não só com a vulnerabilidade aos transtornos de humor, como também ao impacto no curso e prognóstico deste. Além disso, aumenta a comorbidade com abuso e dependência de substâncias, frequência dos episódios, tentativas de suicídio ao longo da vida e com o início mais precoce de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) (Garno, 2005). Os estudos também mostram associação consistente da história de traumas na infância com problemas psiquiátricos como depressão e ansiedade na vida adulta e não-psiquiátricos como cefaléia, síndrome do intestino irritável, fibromialgia e outros tipos de dor crônica (Goodwin, Hoven, Murison & Hotopf, 2003; Guerra et al, 2004; Heim & Nemeroff, 2001; MacMillan et al, 2001; Roy, Hu, Janal & Goldman, 2007; Thompson et al, 2003; Wise, Zierler, Krieger & Harlow, 2001; Zavaschi et al, 2006).

Em especial sobre a violência sexual na infância, sabe-se da gravidade das conseqüências desta sobre a vida adulta destes pacientes, como transtornos de ansiedade e depressão, baixa

auto-estima, problemas nos relacionamentos interpessoais, disfunções sexuais e re-traumatizações; fica evidenciada a importância do conhecimento por parte dos profissionais da saúde a respeito destes traumas, através de uma atitude que possibilite aos pacientes o relato de tais experiências (Eizirik & Mondrzac, 2006). Um estudo populacional mostrou que, apesar de uma média de 30% das pacientes investigadas terem sido vítimas de abuso sexual, físico ou emocional na infância, apenas 21% destas haviam falado sobre isso com algum médico (Pearse, 1994). Tal achado contribui ao conhecimento de que, apesar da alta prevalência e dos efeitos deletérios associados ao abuso, a história do trauma permanece escondida da maioria dos profissionais da saúde. Thompson et al. (2003) comparou grupos de mulheres vítimas de violência sexual na infância e na idade adulta com um grupo controle e encontrou um índice de psicopatologia significativamente maior nos grupos de mulheres abusadas na infância. Alguns estudos defendem que o abuso sexual na infância pode agir via eixo hipotálamo-hipófise-adrenal para mediar a vulnerabilidade à Depressão e ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), além de ter associação com ideação suicida, abuso de substâncias e dificuldades parentais (Newport, 2004; Price, 2001). Hauck e cols. (2007) evidenciaram que quanto pior o vínculo parental na infância de mulheres mais elas tiveram sintomas de TEPT e prejuízo funcional após estupro na vida adulta, mesmo controlando para doença psiquiátrica prévia e qualidade da rede de apoio.

Tais achados implicam a existência de alterações persistentes, secundárias à exposição ao estresse precoce, que poderiam constituir marcadores de risco em longo prazo. A investigação desses marcadores ao longo do tempo poderia auxiliar no entendimento da resposta ao estresse em curto e longo prazo, possibilitando o desenvolvimento de intervenções mais efetivas e a identificação de indivíduos sob risco.

2. CONTINUUM SAÚDE-DOENÇA

2.1. Resiliência

Do latim *resiliens*, significa voltar para trás, recolher-se. Do inglês *resilient*, significa elasticidade, capacidade de recuperação. Na Psicologia, a resiliência é compreendida como a capacidade de uma adaptação saudável às adversidades da vida, como uma superação e não a negação ou a eliminação das adversidades. Este termo apareceu na psiquiatria a partir da década de 70, com os estudos no pós-guerra, mas teve suas origens nas teorias clássicas da Psicanálise. A palavra resiliência não foi usada direta e explicitamente na psicanálise, mas uma série de teorias fazem referências claras ao seu conceito. Freud (1915) em *Luto e Melancolia* já apontava para a relevância do significado intrapsíquico de uma perda, além de ter citado o ‘filtro’ emocional protetor do psiquismo, considerando o trauma aquele evento que ultrapassa a capacidade de contenção deste filtro, como uma alusão primitiva à resiliência. Melanie Klein (1963) definiu que o julgamento da realidade jamais está inteiramente isento da influência do mundo interno que se estruturou a partir das experiências primitivas. Para esta autora a maior capacidade de adaptação ao mundo estava na possibilidade de integrar as ansiedades esquizo-paranóides e depressivas. Hanna Segal (1991/1955) valorizou a importância da capacidade de simbolizar a situação traumática para que o processo possa ser experimentado de uma maneira saudável, trazendo a simbolização como essencial para o processo de elaboração de um evento traumático. Por sua vez, Bion (1959, 1962) apontou a importância da “continência materna” no processo de desenvolvimento do bebê, enfatizando a função alfa da mãe na aquisição e aprendizado da capacidade de pensar do bebê, que permitiria a este indivíduo uma melhor adaptação e elaboração de angústas traumáticas ao longo da vida.

Winnicott (1988) enfatizou o papel da “mãe suficientemente boa” no equilíbrio entre o verdadeiro e o falso *self*, permitindo que o primeiro se expresse em situações socialmente aceitáveis. Na teoria de Winnicott, a influência de uma mãe suficientemente boa, aquela que alimenta repetidamente a onipotência do lactente, reconhecendo e satisfazendo o gesto espontâneo do bebê, fortalece o fraco ego infantil e cria a partir disso um verdadeiro *self*, resultado, portanto, do sucesso da mãe na sua função. Nem gratificando demais, o que impede que seu filho reconheça a realidade ou que tenha frustrações necessárias para o seu desenvolvimento (do pensamento como já dizia Bion), nem gratificando tão pouco que não possa fortalecer o seu ego e desenvolver sua auto-estima e sua criatividade. Uma mãe que não é suficientemente boa falha em satisfazer o gesto espontâneo e em complementar a onipotência do bebê ou o faz em excesso sendo que este não pode mais reconhecer a realidade como tal. Nesse caso, a mãe substitui o gesto espontâneo do bebê por seu próprio gesto, falhando em funcionar como um espelho para o seu filho (Winnicott também enfatizou a importância do espelhamento na relação do bebê com a mãe), assim, as funções se invertem e o bebê acaba submetendo-se ao gesto espontâneo da mãe. Trata-se do estágio inicial do falso *self*, resultante da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do bebê (Winnicott, 1988).

Esses conceitos da teoria de Winnicott podem remeter a conceitos neurobiológicos e resultados de estudos mais recentes que complementam as teorias psicanalíticas, o que pode fornecer um entendimento mais completo do desenvolvimento do indivíduo como um todo, psíquica e biologicamente. Um desses estudos mostra que ratas separadas precocemente de suas mães apresentaram comportamento materno disfuncional, com uma diminuição do contato físico (comportamento de lambar e acariciar), o que fortalece a idéia de que a presença do comportamento de lambar e acariciar (cuidados maternos) parece ser determinante no desenvolvimento neuroendócrino, influenciando, por exemplo, a ativação do hormônio liberador de corticotrofina e a inibição da expressão de comportamentos e respostas neuroendócrinas ao estresse. Isso reforça que as relações precoces e a qualidade dos cuidados nos primeiros anos de

vida são determinantes no comportamento das pessoas frente aos traumas na vida adulta, mas também evidencia que são determinantes da expressão gênica e de todo o sistema neurológico de resposta ao estresse (Hyman, 2009). Outros estudos neurobiológicos e epigenéticos ressaltam essa ideia, mostrando, por exemplo, que ratos que receberam choque no 2º dia de vida, quando a presença de cuidado materno adequado alterou a resposta do hormônio adrenocorticotrófico que retornou a níveis normais. Ou ainda demonstrando que filhotes de ratos cegados no 1º dia pós-parto que foram criados por suas mães naturais tinham o ritmo circadiano de acordo com o de suas mães um dia após o procedimento, enquanto os filhotes cuidados por uma mãe adotiva após o procedimento o tinham também regulado pelo da mãe em torno da quarta semana, sugerindo uma preponderância de fatores ambientais sobre os constitucionais na determinação do ritmo circadiano do cortisol após um curto período de tempo. Outro resultado desse estudo foi que ratinhos cegos criados por mães cegas, naturais ou adotivas, tinham seu ciclo de cortisol regulado de acordo com o da mãe após período semelhante de tempo, independentemente da variação da luz, demonstrando a superioridade da mãe/cuidador em influir na regulação neuroendócrina (Liu, 1997; Meaney, 2005; Feder, 2009).

Estudos de neuroimagem mostraram que experiências adversas precoces modificam o funcionamento de áreas do cérebro como o sistema límbico, do qual faz parte a amígdala (já está bem fundamentada a sua relação com o processo de reconhecimento do perigo, gatilho das reações emocionais e fisiológicas ao estresse, e que esse mecanismo é a base da interpretação do ambiente, incluindo as relações interpessoais e do padrão de reações emocionais subseqüentes, como a percepção de ameaça, segurança, raiva, medo etc). A capacidade de conexão desse sistema com áreas superiores, como o córtex frontal, tem direta relação com a capacidade de modular esses afetos e reações comportamentais decorrentes, sendo que o processo de mudança ocorrido na psicoterapia e análise estaria justamente relacionado à modulação de padrões emocionais em nível do sistema límbico, por centros corticais superiores (Grassi-Oliveira et al, 2008). Essa capacidade não se restringe à percepção dos próprios sentimentos, mas de estados

emocionais das outras pessoas, o que nos remete ao conceito de neurônios espelho, localizados principalmente no córtex pré-motor. São células, descobertas entre os anos 80 e 90, que se ativam na execução de uma tarefa e na observação de outro executando a mesma tarefa, relacionados às tarefas de imitação, aquisição da linguagem, aprendizado e interação social (Rizzolatti, 2005). Eles permitem não apenas a compreensão direta das ações dos outros, mas também das suas intenções, conferindo-lhes um grande significado social e interacional. De importância suprema nas primeiras relações da infância, bem como no processo psicoterápico ou analítico.

Bowlby (1989) foi um dos autores que mais contribuiu para o conceito de resiliência, ao desenvolver a Teoria do Apego, reforçando a importância da formação de vínculos primitivos no desenvolvimento da personalidade e na vulnerabilidade à psicopatologia. Essa teoria considera a existência de um comportamento inato da criança de buscar o cuidador, principalmente em situações de medo e perigo. Ele coloca a função do apego como uma capacidade cognitiva instintiva, que tem uma função adaptativa de propiciar proteção no início da vida e desencadear o comportamento de cuidado - capacidade de apego complementar - (afeto/ proteção) por parte do cuidador. Chega a falar sobre uma regulação de feedback positivo e negativo, onde esta capacidade de se apegar, vincular, pode aumentar ou diminuir de acordo com o correspondente complementar de apego fornecido pelo ambiente e principais relações da infância precoce. Também cita a exclusão defensiva, onde o bebê tem condições de excluir da memória situações com as quais não tem recursos ainda para lidar, como um mecanismo de defesa que deve ser usado em proporções ideais, nem demais nem de menos. A relação da criança com seus pais é influenciada pelas características da criança, dos pais e da relação dinâmica entre eles. A resposta dos pais no sentido de estarem atentos, disponíveis, sensíveis às necessidades da criança e confortando amorosamente em situações de medo em que ela busque proteção, sem limitar sua autonomia, seria crucial no desenvolvimento da personalidade. Os pais são como uma “base segura”, resultando em competência da criança para explorar e se relacionar com o mundo. O

indivíduo se tornaria confiante e esperançoso, aumentando o esforço mediante falhas/obstáculos, sendo mais “resistente” a situações adversas, sentindo-se capaz de se ajudar e de ser ajudado. Esse padrão de vínculo pode ser considerado um fator de resiliência, que facilitaria a adaptação do indivíduo a situações adversas na vida adulta. Por outro lado, se os pais estão frequentemente indisponíveis ou não reconhecem as necessidades da criança, se estabelece o que Bowlby chamou de apego inseguro ansioso-resistente e a criança torna-se excessivamente ansiosa em relação a separações e em sua exploração do mundo. Outra possibilidade de apego inseguro é o ansioso-avoidante, que tende a estabelecer-se quando a criança não recebe conforto ao buscar ajuda e segurança e sim atitudes de rechaço, rejeição, levando-a a buscar viver achando que não precisa de ninguém. Nesses casos, quando a criança e seus cuidadores falham em estabelecer o que é chamado apego seguro, o indivíduo estaria mais sujeito a sensações de descontrole e imprevisibilidade que, na vigência de um evento traumático, levariam a aumento do risco de psicopatologia, ou seja, menor resiliência. As ideias de Bowlby podem remeter a exemplos dos estudos com modelo animal, além de outros estudos que comprovaram a influência das experiências adversas na infância na desregulação do eixo Hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), resultando em alteração nos níveis de cortisol e de várias outras substâncias, como as neurotrofinas.

O espelhamento também tem importância crucial no entendimento da teoria da mentalização (Fonagy, 2002), que se relaciona com a teoria do apego de Bowlby. As emoções também podem ser espelhadas, pois, quando vemos alguém chorar nossos neurônios espelho refletem a expressão do sentimento que pode estar por trás das lágrimas e trazem de volta a lembrança de momentos que já vivenciamos. A essa capacidade dá-se o nome de empatia, uma das chaves para decifrar o comportamento e a socialização do ser humano. Essas células também refletem uma série de elementos da comunicação não verbal, pequenas mudanças na face e no tom de voz nos ajudam a compreender o que o outro está pensando ou sentindo. O comportamento autista é um exemplo da falha do sistema de neurônios-espelho (Rizzolatti,

2005). A ativação de condutas de apego depende da avaliação por parte da criança de um conjunto de sinais ao seu redor, capacidade esta dependente da ação dos neurônios espelho. Portanto, o sistema de apego é um sistema regulador biossocial homeostático aberto. As crianças com apego seguro permanecem relativamente organizados em situações de estresse. As emoções negativas são sentidas como menos ameaçadoras, podem ser vividas como tendo um sentido e ser comunicadas. Os bebês com história de apego seguro têm maior capacidade de resistência e autoconfiança, são mais bem orientados socialmente, são mais empáticos para o sofrimento e possuem relações mais profundas. Os seres humanos entendem-se uns aos outros em termos de estados mentais, pensamentos, sentimentos, crenças, desejos. Para tanto é preciso antecipar as ações dos demais, o que relaciona a descoberta dos neurônios espelho com a teoria da mentalização e com a função reflexiva, muito bem descrita por Fonagy (Fonagy, 1997). A capacidade de entender os estados mentais que estão por trás da conduta dos pais pode ser particularmente importante quando o bebê é exposto a experiências desfavoráveis, situações traumáticas. Fonagy mostrou que tanto pais como mães que tinham altas capacidade de mentalização tinham 3 ou 4 vezes mais probabilidade de ter filhos com apego seguro comparado com os que tinham baixa capacidade de mentalização. Mostrou também que mães que tiveram privação de afeto, mas demonstravam alta capacidade de mentalização tinham filhos com apego seguro enquanto a maioria das mães com essa privação, mas com baixa capacidade de mentalização, tinham filhos com apego ansioso. Um cuidador reflexivo incrementa a probabilidade do apego seguro do bebê, que por sua vez, facilita o desenvolvimento da capacidade de mentalizar. Uma relação de apego seguro promove um contexto também seguro para que o bebê explore a mente do cuidador/a, e desta maneira, conheça mais sobre outras mentes (Fonagy, 2002).

A resiliência vem tornando-se uma importante área de pesquisas e embora seu conceito ainda seja muito controverso, algumas características vem sendo elucidadas (Charney, 2004). Por exemplo, detectou-se que o uso de defesas maduras pode ser um bom indicador de

resiliência e que a ausência de patologia não parece demonstrar necessariamente que se trata de um indivíduo resiliente (G. Vaillant, 2003). Estudos têm identificado que a capacidade de solucionar problemas e de enfrentamento do medo dependem do funcionamento de estruturas neuroquímicas que se relacionam ao eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que por sua vez tem seu funcionamento modulado pela herança genética, bem como por vivências experimentadas principalmente nos primeiros anos de vida (Feder, 2009). Em concordância, Yehuda (2004) concluiu que a resposta inicial ao medo é biológica, mas é influenciada pela interpretação subjetiva, que depende da história pessoal do indivíduo. Nesse modelo, a recuperação de uma situação traumática envolveria o confronto com a vulnerabilidade de uma forma que promovesse aprendizado e resiliência. Uma resposta alterada ao “medo” em indivíduos suscetíveis pode “perpetuar esse estado de medo”, levando a uma condição biológica desadaptativa (Yehuda 2004).

As pesquisas atuais têm tentado esclarecer de que maneira as experiências primitivas podem modular a formação de determinadas estruturas cerebrais e circuitos neuronais que tornariam o indivíduo mais capaz de lidar com adversidades. A expressão de alguns mediadores, como Neuropeptídeo Y e BDNF parecem ter implicação no funcionamento dessas conexões neuronais, assim como possíveis polimorfismos genéticos podem ter implicação na maior ou menor capacidade de resiliência do indivíduo. (Feder, 2009). Já é bem estabelecido que as experiências traumáticas precoces e relações de má qualidade com os cuidadores são fortes indicadores associados à baixa resiliência na vida adulta e modificam de forma definitiva o sistema biológico de resposta ao estresse (Simeon, 2007).

2.2. Estilo Defensivo

Conceitualmente os mecanismos de defesas são ligados ao desenvolvimento humano, aos traços de personalidade e a psicopatologia (G. Vaillant, 1976; G. Vaillant, Bond, & Vaillant,

1986, Bond 1994). Descritos primeiramente por Freud, os mecanismos de defesa são centrais na teoria psicodinâmica e expressam uma dimensão importante da personalidade e do funcionamento do ego do indivíduo, relacionada à capacidade adaptativa e ao risco de doença psiquiátrica. (Blaya 2006; Kipper, 2004; Pollock & Andrews, 1989). Os mecanismos de defesa são processos psicológicos automáticos que protegem contra a conscientização dos perigos internos e externos. De modo geral, o indivíduo idealmente evolui a partir do uso preponderante de defesas imaturas para neuróticas e, finalmente, para as maduras. Observar a constelação de defesas comumente usada por um paciente pode ajudar a identificar seu estágio de desenvolvimento e fornecer algumas informações sobre o funcionamento de seu ego e sobre o diagnóstico psiquiátrico (G. Vaillant, 1976; G. Vaillant, 1986; G. Vaillant, 2000; Simeon, 2007). Sua expressão é uma maneira de compreender como se deu o desenvolvimento de um indivíduo em particular considerando tanto seus aspectos psicológicos como biológicos. Vários autores têm encontrado uma associação entre os estilos de defesa maduro, imaturo e neurótico e níveis de gravidade de psicopatologias (Pollock, 1989; Spinhoven, 1997; Kipper, 2004; Blaya, 2006). Finzi-Dottan (2006) encontrou associação positiva entre a gravidade do abuso emocional na infância com os sintomas e com o uso de defesas imaturas nos pacientes estudados. Os mecanismos de defesa têm sido associados à vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos e à capacidade de se adaptar às mudanças que um transtorno causa. Além disso, evidências mostram que algumas defesas específicas são associadas a resultados diferentes em pacientes deprimidos tratados com Psicoterapia Psicodinâmica de curto prazo e Psicoterapia de Apoio (Van Henricus, 2009).

O estilo defensivo tem sido avaliado nos estudos principalmente através da escala auto-aplicável DSQ (*Defensive Style Questionnaire*). Este instrumento foi inicialmente desenvolvido por Bond (1983) com o intuito de avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa. Em sua primeira versão, ele continha 97 itens. A proposta era evidenciar manifestações de estilos característicos de lidar com os conflitos, conscientes ou inconscientes. Andrews (1993)

elaborou uma versão mais concisa, com 40 itens (DSQ-40), em que cada defesa é igualmente representada pelos dois melhores itens que as caracterizavam, sendo também de mais fácil aplicação que a versão anterior. É uma escala Likert com respostas de 1 (discordo fortemente) a 9 (concordo fortemente), que verifica o grau de utilização de 20 mecanismos de defesa, gerando escores para o fator maduro, que inclui as defesas de antecipação (itens 30 e 35), supressão (itens 2 e 25), humor (itens 5 e 26) e sublimação (itens 3 e 38); para o fator neurótico, que inclui as defesas de idealização (itens 21 e 24), pseudo-altruísmo (itens 1 e 39), formação reativa (itens 7 e 28) e anulação (itens 32 e 40); e para o fator imaturo, que inclui as defesas de projeção (itens 6 e 29), negação (itens 8 e 18), cisão (19 e 22), acting out (itens 11 e 20), desvalorização (itens 10 e 13), dissociação ou negação primitiva (itens 9 e 15), somatização (itens 12 e 27), deslocamento (itens 31 e 33), racionalização (itens 4 e 16), isolamento (itens 34 e 37), fantasia autística (itens 14 e 17) e agressividade passiva (itens 23 e 36), que refletem o grau de utilização dos mecanismos pertencentes a cada categoria (Bond, 1986). O DSQ já foi testado em diferentes populações, estando validado em sua versão abreviada (DSQ-40) para população brasileira por Blaya et cols. (Blaya, 2004; Blaya, 2007). A validade do DSQ como um instrumento que se propõe a identificar estilos de defesa associados a padrões mais e menos adaptativos de funcionamento tem sido comprovada através de correlações com outros instrumentos de medida de defesas, além de uma série de estudos que encontraram associação de defesas menos adaptativas a psicopatologias específicas (Bond, 1983; Bond 1989; Hersoug, 2002).

2.3. Dissociação

O próprio termo "dissociação" pode ser entendido de diversas formas e dar margem a múltiplas interpretações, dependendo do contexto de seu uso. Dissociação é definida como a ruptura do processo integrativo normal de funções mentais como a consciência, percepção, volição, memória, e senso de identidade. Como exemplos, podem-se citar o Transtorno de

Personalidade Múltipla, amnésia dissociativa, fuga dissociativa, estados conversivos, estados de transe ou possessão espiritual, uma vítima de estupro que se desconecta da situação e descreve ausência de experiências sensoriais ou emocionais, vivenciando a situação como um observador fora do corpo, ou seja, experiências de despersonalização e de desrealização, entre outros. Esse conceito de dissociação é datado do começo do século através de Janet, Freud e Breuer; e embasa a noção de distúrbios dissociativos. (Negro Junior, 1999).

No sentido de controlar informações capazes de provocar ansiedade ou sofrimento, a dissociação pode ser compreendida como uma forma de defesa psíquica. Para a teoria psicanalítica, esse mecanismo é considerado proposital, ainda que inconsciente, podendo ser desencadeado por eventos específicos ou se apresentar como traço de personalidade. A dissociação como mecanismo de defesa poderia ter uma origem filogenética devido à adaptação conferida pela experiência dissociativa em situações traumáticas e a seu paralelo a comportamentos de passividade verificados em animais em situações de trauma inescapável. (Negro Junior, 1999). Tem o objetivo de proteger a integridade da mente e pode ser considerada uma forma particular de defesa que envolve amplamente aspectos cognitivos, psicológicos e biológicos.

Dados da literatura suportam a teoria de que aspectos genéticos de herdabilidade juntamente com os traumas experimentados na infância resultam em maior ou menor propensão a dissociação na vida adulta frente ao estresse, constituindo um fenômeno interessante para o estudo do impacto das experiências precoces sobre o desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida. Estudos encontraram evidências de que a gravidade da dissociação pode ser relacionada a uma série de tipos de traumas como inconstância objetal, abuso sexual pelo cuidador, testemunho de violência sexual e estupro em adultos (Ross, 1990; Sanders & Giolas, 1991; Strick & Wilcoxon, 1991; Irwin, 1994; Irwin, 1996; Jang, 1998; Irwin, 1999; Zanarini, 2000). Simeon (2003) detectou que pacientes com TPB apresentam mais tendência a dissociação e mais traumas na infância, sendo que a negligência emocional foi responsável pelo incremento de 23%

dos escores referentes à dissociação. Encontrou ainda relação da dissociação com o apego inseguro e com as defesas imaturas. Um estudo de gêmeos encontrou 48% de influência genética na predisposição à dissociação (Jang, 1998).

A Escala de Experiências Dissociativas ou Dissociative Experience Scale (DES) é um dos questionários mais utilizado mundialmente para o rastreamento e a quantificação de traços dissociativos. A escala é do tipo Likert de 11 pontos, variando de 0 a 10, e contém 28 itens, com pontuação mínima de 0 e máxima de 100. O escore de 30 é considerado o ponto de corte acima do qual é possível identificar os pacientes com transtornos dissociativos. Demonstrou boa confiabilidade teste-reteste (0,79 - 0,96), alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,95), boa confiabilidade inter-avaliador e forte convergência, discriminação e validade de construto. (Carlson & Putnam, 1993). A DES foi adaptada para o português brasileiro, o que torna este instrumento disponível para a detecção e a quantificação de sintomas dissociativos (Fizman, 2004).

3. INTEGRAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E NEUROBIOLÓGICOS

3.1. Psicoterapia Psicodinâmica

Psicoterapia Psicodinâmica (PP), também chamada de Psicoterapia de Orientação Analítica, se refere ao processo psicoterápico que tem sua origem na teoria psicanalítica, guardando apenas algumas diferenças quanto à técnica empregada e alguns objetivos terapêuticos em relação à psicanálise. (Gabbard, 2006; Eizirik & Hauck, 2008). Apesar de a extensa experiência clínica e de alguns estudos validarem plenamente este método psicoterápico, pesquisas controladas com técnicas analíticas são ainda incipientes tendo em vista as dificuldades metodológicas atuais nesse campo de pesquisas. Por definição, a psicanálise em si é uma ciência com métodos próprios de investigação. Desde seus anos iniciais, ela inclui a

pesquisa em sua própria definição, pois Freud propunha designar psicanálise como “1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro método; 2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos; e 3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas e que, gradualmente, se acumulam numa nova disciplina científica”. Ou seja, na essência mesma do método psicanalítico está a noção de que tratamento e investigação são concomitantes (Freud, 1923; Eizirik, 2006).

No entanto, em um contexto em que busca por evidências tornou-se central na escolha de terapêuticas, principalmente como advento dos planos de saúde privados e da assistência pública, a inclusão de metodologias de pesquisa que não faziam parte do método analítico tornou-se necessária (Eizirik & Hauck, 2008). Como ocorre com as demais disciplinas científicas, a psicanálise necessita da pesquisa para continuar produzindo conhecimento, não se estagnar em fórmulas repetitivas e encontrar sempre novas formas de diálogo com outros saberes (Eizirik, 2006). Podemos diferenciar a pesquisa psicanalítica propriamente dita que é efetuada com o método psicanalítico em si, e a pesquisa em psicanálise que usa conceitos psicanalíticos e os diferentes métodos de investigação para testá-los ou aplicá-los em outros cenários clínicos ou teóricos. Exemplos incluem estudos sobre processo e resultados das psicoterapias psicanalíticas, eficácia, contratransferência, indicadores de prognóstico, intervenções, elaboração de instrumentos, perfis e modelos de tratamentos. (Serralta, 2010; Almeida, 2011).

Na última década, diversos estudos de eficácia e efetividade evidenciaram que, no tratamento de uma série de psicopatologias, a aplicação do modelo analítico em psicoterapias breves é, de modo geral, superior ao placebo e equiparável a outros modelos de psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal. Estudos de seguimento que acompanharam pacientes com transtorno de personalidade borderline após tratamento de média a longa duração, demonstraram eficácia equiparável e, em alguns aspectos, superior a outros tipos de psicoterapia. Diversas meta-análises têm demonstrado a eficácia da psicoterapia

psicodinâmica breve (Leichsenring, 2007; Bateman, 2007; Lewis, 2008; de Maat, 2009; Driessen, 2010). Uma das dificuldades inerentes a todo estudo neurobiológico é a limitação de se usar métodos invasivos para estudar o cérebro humano. Na maioria das situações, o que se dispõe como possibilidades é o estudo de amostras de sangue, líquido céfalo-raquidiano e cérebros *post mortem*. Além disso, no caso das psicoterapias, soma-se a esta dificuldade a impossibilidade de se usar modelos animais. Os estudos de neuroimagem têm se apresentado como uma boa ferramenta não invasiva, mas também possuem suas limitações. Muitos estudos já sugeriram que o impacto da psicoterapia pode ser visto em alterações na atividade cerebral, usando técnicas de imagem (Baxter, 1992). Estes estudos indicam que o tratamento psicoterápico poderia afetar significativamente vulnerabilidades tanto biológicas quanto psicológicas. O conhecimento de que o cérebro adulto possui mais plasticidade do que se imaginava há alguns anos atrás nos permite desenvolver uma perspectiva neurobiologicamente informada da psicoterapia (Gabbard, 2000).

Apesar disso, parece haver uma crença de que os tratamentos psicodinâmicos carecem de suporte empírico ou de que as evidências científicas demonstram maior efetividade em outras formas de tratamento (Shedler, 2010). Entretanto, ainda que a pesquisa utilizando métodos empíricos rigorosos tenha demorado mais para se desenvolver na área dos tratamentos psicodinâmicos, ao longo do tempo têm se acumulado evidências sugerindo que a psicoterapia produz melhora duradoura e até mesmo muda o funcionamento cerebral. Por ser a mente inextricavelmente conectada ao cérebro, esses achados não deveriam causar surpresa (Gabbard, 2000). Fonagy (2003) acredita que várias questões que ainda não foram respondidas adequadamente, como de que forma as terapias psicológicas atuam, provavelmente serão elucidadas pela pesquisa interdisciplinar, e que muitas das descobertas psicanalíticas sobre a mente serão feitas em conjunto e colaboração com a ciência biológica.

3.2. Relação da Neurobiologia, Estruturas Cerebrais e Genética com as Experiências Traumáticas

Do ponto de vista neurobiológico, a resposta ao estresse (situação potencialmente traumática) envolve diversas zonas cerebrais (amígdala, *locus ceruleus*, ponte reticular caudal, hipotálamo lateral, medula ventral rostral, o trato solitário, *stria terminalis*), além de sistemas neuroendócrinos relacionados, como o sistema simpático, eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), entre outros. No caso de uma resposta normal, os níveis de adrenalina e cortisol aumentam na fase aguda, mas voltarão ao basal algumas horas após o término do estressor (Yehuda, 2004). Mas em casos patológicos, a resposta pode ser alterada. Estudos evidenciaram que indivíduos com TEPT têm níveis de cortisol mais baixos que controles normais e uma resposta exacerbada no teste de supressão com dexametasona. Indivíduos com níveis mais baixos de cortisol, no período imediatamente após o trauma, tiveram um risco maior de desenvolver a doença (Yehuda 2004). Em um estudo que investigou a associação dos níveis de cortisol urinário com a evolução do quadro de TEPT, ao longo de 10 anos, em 28 sobreviventes do holocausto, o nível inicial de cortisol foi melhor preditor do diagnóstico após 10 anos do que variáveis psicológicas, inclusive a exposição a novos eventos traumáticos no período de seguimento. (Yehuda, Morris et al. 2007). Vale salientar que esses achados são opostos aos encontrados na depressão, onde se observam níveis aumentados de cortisol e uma resposta diminuída no teste de supressão com dexametasona. (Carrol, 1980).

No entanto, em conformidade com achados em modelos animais, apesar dos níveis diminuídos de cortisol circulante, indivíduos com TEPT apresentam um nível de CRF aumentado. A partir disso, alguns autores sugerem que o cortisol teria papel importante no *feed back* negativo em nível central, que interromperia o “estado de resposta ao estresse”, sendo a incapacidade de voltar ao funcionamento basal (ou seja, capacidade de resiliência diminuída) mais importante do que a intensidade da resposta inicial no desenvolvimento da psicopatologia.

Embora o aumento inicial do cortisol esteja associado a respostas adaptativas ao estresse, a exposição prolongada a níveis aumentados de cortisol parece tóxica ao organismo e é associada a eventos adversos como hipertensão, imunossupressão, doença cardiovascular e outros problemas de saúde (Karlmann, Singer et al. 2002). No cérebro, o excesso de cortisol foi associado a modificações estruturais no hipotálamo e amígdala em humanos e animais, além de alterações persistentes no eixo HHA (Heim & Nemeroff, 2001).

Avaliando o trauma precoce como um fator de risco para a ocorrência de respostas disfuncionais ao estresse na vida adulta, Otte e cols. (2005) ao apresentaram um vídeo com cenas de oficiais da polícia em situações de estresse importante, demonstrando um maior aumento dos níveis de catecolaminas, frente à exposição, em recrutas da academia de polícia americana que foram vítimas de trauma na infância, quando comparados com seus colegas (Otte, Neylan et al. 2005). Seguindo os achados em modelos animais, que apontam um aumento do CRF em nível central e da resposta dos sistemas neuroendócrino e simpático ao estresse em animais adultos que foram expostos a situações traumáticas no início da vida, Nemeroff (2004) propôs que a associação entre o trauma infantil e a predisposição a transtornos de ansiedade estaria relacionada a um aumento da resposta neuroendócrina ao estresse na vida adulta (Nemeroff 2004). Atualmente já é consenso que situações adversas no início da vida são modificadores definitivos do sistema de resposta ao estresse, ocasionando mudanças persistentes no funcionamento mental e no comportamento. Utilizando a separação materna precoce como um modelo de estresse, Hancock e cols. (2005) encontraram uma predisposição aumentada da ocorrência de compulsão alimentar em resposta ao estresse em ratos expostos a deficiência de cuidado materno (Hancock, Menard et al. 2005),

Estudos de neuroimagem consolidaram a importância do sistema límbico na regulação da resposta ao estresse e na fisiologia do trauma. Um estudo que comparou mulheres com história de abuso sexual, com e sem TEPT, e controles demonstrou uma falha na ativação e um volume 16% menor do hipocampo naquelas com história de abuso sexual e TEPT, em comparação às

com história de abuso sem TEPT. Mulheres com abuso e TEPT tiveram um volume hipocampal 19% menor do que controles. Ao revisar pesquisas que investigaram o impacto dos maus-tratos na infância sobre a psicobiologia dos indivíduos, Grassi-Oliveira e cols. encontraram que as conseqüências estruturais dos maus tratos incluem anormalidades no desenvolvimento do corpo caloso, neocortex esquerdo, hipocampo e amígdala; as funcionais incluem aumento da irritabilidade em áreas do sistema límbico, disfunções do lobo frontal e redução da atividade funcional do vernix cerebelar; e as conseqüências neuro-humorais englobam a reprogramação do eixo HHA e subseqüentemente da resposta ao estresse (Grassi-Oliveira, Ashy et al. 2008). Neste artigo Grassi-Oliveira também comenta o conceito de alostase, já trabalhado por outros autores. O sistema alostático é o sistema biológico responsável pela manutenção da homeostase e quando submetido a inúmeros eventos potencialmente deletérios desenvolve o que vem sendo chamado de carga alostática como uma conseqüência negativa e prejudicial ao organismo. Traumas na infância também estão relacionados ao aumento da carga alostática (Grassi-Oliveira, 2008; Danese, 2012).

Em relação à genética e à epigenética, também existem evidências da influência de experiências precoces, através principalmente da ativação ou expressão de alguns genes (Hyman, 2009). Fish e cols. (2004) identificaram o impacto da qualidade da relação precoce de cuidado na expressão do gene do receptor de glicocorticóide hipocampal, o que implica uma influência direta na regulação do eixo HHA e conseqüentemente no desenvolvimento emocional e cognitivo, predispondo o indivíduo a uma resposta mais ou menos adaptativa a situações enfrentadas na vida adulta (Fish, Shahrokh et al. 2004). Em um estudo prospectivo em Dunedin, Nova Zelândia, Caspi et al. seguiram uma coorte de nascimento de 1.037 crianças em intervalos regulares. Quase todas ainda estavam no estudo aos 26 anos de idade. Entre a idade de 3 e 11 anos, 8% sofreram maus tratos graves, 28% sofreram prováveis maus tratos e 64% não sofreram maus tratos. Os pesquisadores determinaram que um polimorfismo funcional no gene responsável pela enzima monoamina-oxidase A (MAO-A), que metaboliza neurotransmissores,

modera o efeito dos maus tratos. Homens com genótipo com baixa atividade de MAO-A que sofreram maus tratos na infância apresentaram escores anti-sociais elevados. Homens com alta atividade de MAO-A não apresentaram escores anti-sociais elevados, mesmo quando sofreram maus tratos na infância. Dos homens com genótipo com baixa atividade de MAO-A e maus tratos graves, 85% desenvolveram comportamento anti-social. Nem os genes nem o ambiente isoladamente foram suficientes – os dois precisaram interagir entre si para produzir comportamento anti-social (Caspi, 2002). Estudos transgeracionais demonstraram que o TEPT ocorre com maior frequência em algumas famílias e que gêmeos monizigóticos apresentam maior concordância do que gêmeos dizigóticos, quando expostos a eventos traumáticos (Stein, Jang et al. 2002). Fatores pré-natais e perinatais também foram implicados. Um estudo de bebês de mães que estavam grávidas durante o ataque ao World Trade Center e que posteriormente desenvolveram TEPT demonstrou uma diminuição do cortisol salivar dos bebês. Esse achado sugere que elevações dos glicocorticóides secundárias ao estresse durante a gestação podem afetar o desenvolvimento cerebral do feto, induzindo mudanças persistentes no sistema de regulação de glicocorticóides (Yehuda, Engel et al. 2005).

3.3. BDNF

As neurotrofinas foram inicialmente estudadas por seu envolvimento na sobrevivência, crescimento e diferenciação neuronal durante o desenvolvimento. Porém, altas concentrações de neurotrofinas persistem em diversas áreas do cérebro de ratos adultos, sugerindo que elas desempenhem um papel fisiológico também ao longo da vida adulta (Tapia-Arancibia L, 2004). Inúmeras pesquisas têm revelado os importantes papéis das neurotrofinas nos indivíduos adultos, especialmente o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF – *Brain-Derived Neurotrophic Factor*). Fundamental durante os primeiros estágios de desenvolvimento da vida, o BDNF tem sido envolvido em diversos aspectos do funcionamento do sistema nervoso central na vida

adulta, como plasticidade neuronal, neurogênese, resposta a injúrias cerebrais e conectividade sináptica no cérebro. A maioria das evidências está sendo obtidas através de uma metodologia bem estabelecida de preparação *in vitro* de porções de hipocampo (Kapczinski, 2008).

O BDNF é uma pequena proteína dimérica que age através da ligação de alta afinidade com o receptor *tropomyosin-related kinase B (TrkB)*. Tanto o BDNF quanto o TrkB são amplamente distribuídos no hipocampo e no córtex pré-frontal. Diversos estudos têm estudado o papel do BDNF em doenças psiquiátricas, como transtornos do humor (Cunha, 2006; Kapczinski, 2008; Tapia-Arancibia, 2004; Kauer Sant'Anna, 2008) e TEPT (Hauck, 2010), além do uso de medicamentos (Tapia-Arancibia, 2004). Há evidências robustas de que o BDNF esteja relacionado à integridade neuronal, tendo um papel central na sobrevivência e na diferenciação neuronais (Lang, 2007). O BDNF está envolvido em processos tanto fisiológicos quanto patológicos. Sua expressão é alterada em algumas patologias, como doença de Alzheimer, doença de Parkinson, epilepsia e depressão, assim como em alguns processos fisiológicos, como comportamento alimentar e atividade física (Tapia-Arancibia, 2004).

Alguns estudos investigaram a associação entre trauma, BDNF e psicopatologia na vida adulta em humanos. Kauer-Sant'Anna e cols. (2007) encontraram menores níveis de BDNF em pacientes bipolares expostos a situações traumáticas ao longo da vida, sugerindo que os níveis de BDNF poderiam estar associados à maior morbidade nesses pacientes (Kauer-Sant'Anna, Tramontina et al. 2007). Grassi-Oliveira e cols. (2008) encontraram menores níveis de BDNF em mulheres com depressão em relação a controles, sendo que aquelas expostas à negligência física na infância apresentaram menores níveis que controles e pacientes sem história de negligência física. (Grassi-Oliveira, Stein et al. 2008). Ao estudar o impacto imediato e tardio da exposição ao estresse na fase juvenil e adulta de roedores, Bazak e cols. (2009) encontraram que a exposição juvenil foi associada a aumento do comportamento de ansiedade, da resposta de sobressalto e diminuição dos níveis de cortisol. Na fase adulta, houve aumento da ansiedade, resposta de sobressalto e aumento do cortisol. Nas duas fases, com a re-exposição, houve

diminuição do aumento do cortisol e da expressão do mRNA e da proteína do BDNF no hipocampo (Bazak, Kozlovsky et al. 2009). Por outro lado, ratos submetidos a um modelo de estresse precoce de separação da mãe, quando expostos a estresse na vida adulta, apresentaram um aumento de neurotrofinas no hipocampo dorsal e ventral em relação a controles. (Faure, Uys et al. 2007).

O estudo de Hauck et al. (2009), avaliou os níveis séricos de BDNF antes e após tratamento psicoterápico breve em 2 pacientes vítimas de trauma atendidos em um hospital geral com diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático e de estresse agudo. Ambos os pacientes apresentaram níveis elevados de BDNF antes do tratamento e redução após, proporcional à mudança nas variáveis clínicas estudadas, sendo que um deles não fez uso de medicamentos. A autora discute a possibilidade da participação do BDNF em um mecanismo defensivo compensatório. Schaf (2011), em outro estudo, encontrou alteração BDNF após 6 e 12 meses de psicoterapia, sendo que o padrão de alteração foi diferente para variados tipos de patologia, em que pacientes com predomínio de ansiedade tiveram redução dos níveis prévios de BDNF enquanto os pacientes com predomínio de sintomas de humor tiveram aumentos de seus níveis.

De acordo com Tapia-Arancibia (2004), as neurotrofinas e, particularmente, o BDNF, podem ter uma função protetora contra dano neuronal através de estimulação do crescimento neuronal e reorganização sináptica, promovendo resiliência das células nervosas para lidar com situações estressantes. Krishnan e cols. (2007), ao propor um modelo baseado em parâmetros moleculares e eletrofisiológicos para avaliar as características associadas à resiliência, encontraram que ratos em que não ocorria aumento da expressão do BDNF eram mais resilientes aos efeitos deletérios do estresse como evitação social, estilo de *coping* passivo e anedonia (Krishnan, Han et al. 2007).

OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

Investigar as associações de traumas precoces com aspectos psicológicos e biológicos na vida adulta de indivíduos com indicação de psicoterapia de orientação analítica pelo Programa de Psicoterapia do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e de indivíduos saudáveis e resilientes.

2. Objetivos Específicos

- 2.1. Avaliar e comparar o padrão de Trauma na Infância nos pacientes com indicação de tratamento psicoterápico realizado no Programa de Psicoterapia do Ambulatório de Psiquiatria do HCPA e em indivíduos saudáveis resilientes.
- 2.2. Avaliar e comparar o padrão de Estilo Defensivo na idade adulta nesses dois grupos.
- 2.3. Avaliar e comparar o nível de experiências dissociativas no dia-a-dia nesses dois grupos.
- 2.4. Avaliar e comparar os níveis séricos de BDNF nesses indivíduos.
- 2.5. Avaliar as correlações entre as variáveis correspondentes aos eventos traumáticos na infância, o estilo defensivo, a tendência a dissociação e o BDNF na amostra total.

ARTIGO 1

Childhood Trauma and its Repercussions in Adults' Defensive Styles and Dissociation.

Julia Domingues Goi, Mestranda em Ciências Médicas - Psiquiatria pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Submetido ao periódico *Psychotherapy Research*

Childhood Trauma and its Repercussions in Adults' Defensive Styles and Dissociation

Goi, J.D.¹, Cordini, K.¹, Schaf, D.V.¹, Teche, S.P.¹, Hauck, S.², Eizirik, C.L.^{1,2}

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

² Psychodynamic Psychotherapy Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil

Correspondence:

Julia Domingues Goi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350

90035-003 Porto Alegre, RS, Brazil

Phone: (+ 55 51) 3359-8294

E-mail: juliadgoi@gmail.com

Abstract

This study aims to investigate the association between childhood trauma and defensive style and dissociation in adults. Seventy-three patients referred to Psychodynamic Psychotherapy (PP) and 25 individuals, who were resilient to major traumatic events in adulthood (according to the definition in the DSM-IV) were evaluated using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Defensive Style Questionnaire (DSQ) and the Dissociative Experience Scale (DES). Patients presented more childhood traumas, more immature defenses, fewer mature defenses and a greater tendency toward dissociation when compared to the resilient individuals. Moreover, exposure to emotional and sexual abuse, and emotional neglect in childhood was inversely associated with the maturity factor. These results agree with the majority of previous findings and confirm the importance of childhood experiences in adults' biological and emotional functioning.

Keywords: Childhood Trauma, Defensive Style, Dissociative Experiences, Psychodynamic Psychotherapy.

Introduction

Adverse childhood experiences, including mistreatment, rejection and neglect, are major factors in adult psychopathology, such as depression, anxiety, suicidal behavior, drug use and borderline and antisocial personality disorders, as well as non-psychiatric pathologies, such as chronic headache, irritable bowel syndrome, fibromyalgia and other types of chronic pain (Goodwin, Hoven, Murison & Hotopf, 2003; Guerra et al, 2004; Heim & Nemeroff, 2001; MacMillan et al, 2001; Roy, Hu, Janal & Goldman, 2007; Thompson et al, 2003; Wise, Zierler, Krieger & Harlow, 2001; Zavaschi et al, 2006).

On the opposite extreme of the continuum of health and illness, more adaptive childhood experiences contribute to the development of more adaptive personality traits, higher-quality interpersonal relationships and a healthier way of life (Russ, Heim & Westen, 2003). Resilience, understood as the capacity for a healthful adaptation to life's adversities, is becoming an important research area. Despite controversial findings, certain characteristics of resilience are being elucidated (Charney, 2004). For example, it has been found that the use of mature defenses can be a good indicator of resilience and that the absence of major psychopathology does not seem to necessarily demonstrate resilience (G. Vaillant, 2003). Moreover, childhood trauma has been strongly associated with low resilience in adulthood (Simeon et al, 2007).

The word trauma comes from the Greek language and means a disruption of the skin, the body's envelope. Freud used this word metaphorically to emphasize how the mind can be "wounded" by a traumatic event. A traumatic event may result in an excess of stimulation (due to its intensity or duration) that the mind cannot filter or reject, causing dysfunction (S. Freud, 1915). Melanie Klein's theory contributed to the understanding that the way individuals interpret reality depends on the relationships established in childhood with caretakers and other significant people. These relationships are the model for all future relations with the external world (Klein, 1926; Garland, 2003). Disruptive early relationships may constitute a traumatic

experience, whereas well-adjusted relationships with parents or caretakers result in a significant capacity to face life's adversities as an adult.

It is known that early experiences directly or indirectly influence the development of several biological systems related to the stress response, such as the neuroendocrinology system and specific brain structures. Moreover, epigenetic studies have demonstrated that environmental experiences can modify gene expressions. It is important to note that the stress response system is also activated by interpersonal relations and works to evaluate the risks of these interactions and to select appropriate reactions. Thus, the dynamic interaction between the "brain" and the environment (for example, through interpersonal relations and adulthood traumatic experiences) throughout life—and especially in childhood—helps to develop an individual's capacity to interact with the external environment (Otte et al, 2005; Nemeroff, 2004; Hancock, Menard & Olmstead, 2005; Fish et al, 2004; Yehuda, 2004; Grassi-Oliveira, Stein, Lopes, Teixeira & Bauer, 2008).

Conceptually, defense mechanisms are related to human development, personality traits and psychopathology (G. Vaillant, 1976; G. Vaillant, Bond & C. Vaillant, 1986; Bond, Gardner, Christian & Sigal, 1983; Bond, 2004). First described by Freud, defense mechanisms are central to psychodynamic theory. They represent an important dimension of personality and ego functioning that is related to the capacity for healthy adaptation and the risk of psychiatric illness. The expression of defense mechanisms is a way to understand the development of the psychological and biological aspects of a particular individual (S. Freud, 1894; A. Freud, 1936; Blaya et al, 2006; Pollock & Andrews, 1989). An article by Finzi-Dottan found a positive association in patients between the severity of emotional abuse in childhood and the symptoms and use of immature defenses (Finzi-Dottan & Karu, 2006).

Dissociation is a structuralized disconnection of mental processes thinking, conscience, perception, memory, mood and sense of identity that must be integrated, with the objective of protecting the integrity of the mind. Dissociation can be considered a specific type of defense

that involves cognitive, psychological and biological aspects (Cardena, 1994). Studies support the theory that both heritable genetic aspects and childhood traumas result in minor or major tendencies toward dissociation when faced with a traumatic experience. This phenomenon is interesting for the study of the impact of early experiences in the development of the individual throughout life (Ross, Joshi & Currie, 1990; Sanders & Giolas, 1991; Strick & Wilcoxon, 1991; Irwin, 1994; Irwin, 1996; Jang, Paris, Zweig-Frank & Livesley, 1998; Irwin, 1999; Zannarini, Ruser, Frankenburg, Hennen & Gunderson, 2000).

The aim of this study is to investigate the impact of early experiences in the development of the personality by evaluating defensive style and the tendency toward dissociation. These aspects may be partially responsible for changes to systems, structures and gene expressions, leading to a more or less healthful adaptation of the individual to his or her world. Learning about these dynamic interactions can indicate where action is needed and which aspects of development are most relevant.

Methods

Participants

In this transversal study, 73 patients (62 women and 11 men, with ages between 19 and 66 years, average age = 41.04, SD = 13.455) referred to Psychodynamic Psychotherapy (PP) and 25 resilient individuals (those who were exposed to a major trauma, based on the DSM-IV definition, in adult life but did not develop psychiatric symptoms) (22 women and 3 men, with ages between 24 and 71 years, average age = 46.24, SD = 10.698) were administered the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Defensive Style Questionnaire (DSQ) and the Dissociative Experience Scale (DES). The objective in choosing these two groups was to investigate the association between these variables on a continuum of health (resilience) and illness (neurosis and psychiatric illness).

Patients were enlisted in the PP ambulatory ward of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The process of assessing the PP suitability in the patient group was according to the 'Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy' (IESPP) protocol, which includes personality characteristics and motivations for analytic treatment (Hauck, 2006). For this group, the CTQ, DSQ and DES were applied after the evaluation of the suitability of PP and prior to its initiation.

The resilient group was selected using a short questionnaire randomly applied to family members of patients hospitalized in the medical wards of HCPA. Those who were exposed to at least one major trauma in adulthood, scored <7 on the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) (the cut-off point for probable psychiatric disease in the Brazilian population is 8), and denied actual or previous psychiatric disease, psychotropic use or psychiatric treatment were invited to take part in the study. A further careful exclusion of psychiatric disorders was performed by trained psychiatrists according to the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) – Brazilian version. Because this study also aimed to evaluate biological parameters, we also excluded individuals who smoked more than 10 cigarettes per day, used immunosuppressants, anti-inflammatory drugs, acetylsalicylic acid or corticoids or those with chronic or acute inflammatory, rheumatology or infectious diseases. A brief structured interview based on the DSM-IV definition of adult emotional trauma was administered to these participants to confirm that they had experienced a traumatic event in their adult life. Thus, the individual could be classified as resilient according to the study criteria and was invited to complete the instruments and provide some socio-demographic data.

All participants gave written informed consent. There were no statistically significant differences between the groups in terms of gender, age or level of education. The entire sample was analyzed for correlations. The study was approved by the ethics committee of HCPA (number 09-383).

Instruments

Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy (IESPP).

The major domains considered for evaluating whether the patients were suitable for PP in this protocol involve 8 items compounding 2 main dimensions: personality characteristics (frustration tolerance, impulse control, sense of identity, conflict with dependence and quality of object relation) and motivation for analytic treatment (ability to think psychologically, curiosity and degree of mental suffering). A full description of the development of the IESPP, its theoretical foundations and its psychometric properties is available elsewhere (Hauck, 2006).

DSM-IV definition of Adult Emotional Trauma. This definition was used in the brief interview administered to include resilient individuals. DSM-IV considers the emotional trauma as an experience of threat to the life or to the physical integrity, which was lived with intense fear, abandonment or terror (American Psychiatric Association, 2002).

Self Report Questionnaire (SRQ). The Self Report Questionnaire is a symptom scale developed by the World Health Organization to evaluate psychiatric morbidity in the general population. It contains 20 yes-or-no questions and produces scores from 0 to 20. This instrument was validated in Brazil (Mari & Williams, 1986).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The original version of the Childhood Trauma Questionnaire contains 70 items. The brief version of the CTQ, used in this study, reduces this number to 28 retrospective self-reported items, making the instrument faster and more practical while maintaining its psychometric qualities. The items are rated from 1 to 5 on a Likert scale, with scores from 5 to 25. The CTQ examines five types of negative childhood experiences: emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect (Bernstein et al, 2003). The CTQ is a widely used questionnaire. It was translated to Portuguese and validated in 2006 (Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, 2006).

Defensive Style Questionnaire (DSQ-40). The Defensive Style Questionnaire presents items on a Likert scale with responses ranging from 1 to 9. It evaluates the conscious derivatives

of defense mechanisms (Bond et al, 1983). It has been validated in its shortened form (DSQ-40) for Brazilian populations (Blaya et al., 2004; Blaya et al, 2007). The DSQ-40 contains 40 questions that assess the degree of use of 20 defense mechanisms, generating scores for mature, immature and neurotic factors (Andrews, Singh & Bond, 1993). Its validity as an instrument to identify defensive styles according to the capacity for healthy adaptation and functioning has been proven through correlations with other instruments measuring defenses (Bond et al, 1983; Bond, 2004; Hersoug, Sexton & Hoglend, 2002; Blaya et al, 2004), including a series of studies that found an association between less adaptive defenses and specific psychopathologies (Pollock & Andrews, 1989; Bond, 2004; Knijinik et al, 2009; Kipper et al, 2005).

Dissociative Experiences Scale (DES). The Dissociative Experiences Scale is one of the most frequently used questionnaires to track and quantify dissociative tendencies. It presents 28 items on an 11-point Likert scale (from 0 to 10), generating scores from 0 to 100. Scores above 30 can be considered to indicate dissociative disorders (Carlson & Putnam, 1993). The DES was adapted to Brazilian Portuguese (Fizman, Cabizuca, Lanfredib & Figueira, 2004).

Statistical Analyses

Statistical analyses were conducted with the Shapiro-Wilk and Levene normality tests. The normal distributed data were compared through an independent-sample T-test, and the non-normally distributed data were analyzed using the Mann-Whitney test. Categorical variables were compared using Pearson's chi-square. Correlations between the variables were conducted using Pearson's correlations for normal variables and Spearman's correlations for the other variables. All tests were bi-tailed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 17.0. The adopted level of significance was $\alpha = 0.05$ with a 95% confidence interval.

Results

Comparison between groups

Demographic data are presented in Table 1 (see Table 1).

The group of the patients referred to PP scored significantly higher on total scores for the CTQ (M 62.38 ± 18.28 versus 49.2 ± 11.67 ; $p=0.001$; Mann-Whitney test) and scored higher on emotional abuse (M 13.26 ± 5.73 versus 7.52 ± 2.57 ; $p<0.001$; Mann-Whitney test) [Figure 1], physical abuse (M 9.78 ± 5.64 versus 6.88 ± 2.42 ; $p=0.031$; Mann-Whitney test), sexual abuse (M 8.63 ± 5.91 versus 6.24 ± 2.98 ; $p=0.015$; Mann-Whitney test) and emotional neglect (M 14.19 ± 5.53 versus 9.8 ± 4.83 ; $p=0.001$; Mann-Whitney test). The physical neglect factor did not differ statistically according to the Mann-Whitney test.

The resilient individuals presented greater use of mature defenses (M 6.61 ± 1.25 versus 4.71 ± 1.58 ; $p<0.001$; T test) and minor use of immature defenses (M 3.68 ± 1.36 versus 4.41 ± 1.16 ; $p=0.005$; Mann-Whitney test) [Figure 2].

The results for each type of defense are presented separately in Table 2 (see Table 2).

The DES scores were higher in the patient group compared to the resilient individuals (M 77.16 ± 57.34 versus 46.20 ± 30.26 ; $p=0.018$; Mann-Whitney test).

Correlations

The correlations refer to the whole sample. The most significant results are presented in Table 3 and Figures 3 and 4 (see Table 3 and Figures 3 and 4).

Discussion and Conclusion

This study aimed to examine the impact of early experiences in the development of the personality prior to adult life, based on the hypothesis that this influence occurs through both biological and psychological mechanisms. In agreement with the literature, this study found a relationship between early experiences and inclinations toward health or illness in adulthood, suggesting that childhood traumas contribute to the tendency toward psychopathology.

Significant emotional suffering and impoverishment of the ego are revealed in the greater use of immature defenses and the tendency toward dissociation among patients referred to PP (van Der Kolk et al, 1996; Irwin, 1999; MacMillan et al, 2001; Thompson et al, 2003; Russ et al, 2003; Finzi-Dottan & Karu, 2006; Zavaschi et al, 2006; Roy et al, 2007).

It's important to note that the history of adult trauma, in this study, was used just in order to classify resilient individuals, since there was no objective of include specifically aspects of adult trauma in the variables. However, the adult trauma is probably an important focus in future studies. The concomitant study of resilient individuals is useful for understanding the continuum of health and illness. This article confirmed previous studies suggesting that resilient individuals use more mature defenses, less immature defenses and tend to dissociate less frequently than do patients, even having been exposed to at least one major traumatic experience in adulthood, thereby maintaining their psychic functioning and reducing their emotional suffering (Zanarini et al, 2000). In accordance with previous literature suggesting that the absence of illness is not necessarily an indicator of resilience, the patients' diagnosis was not considered in the correlations (G. Vaillant & C. Vaillant, 1990). Instead, we considered styles of defense, noting that the tendency toward dissociation was positively related to the use of immature defenses; 14% of the increase in DES scores among patients can be attributed to immature defenses (Figure 3). These findings corroborate the findings by Simeon (2007), which affirmed that childhood traumas may indicate low resilience.

The correlation of childhood trauma (CTQ total scores) with dissociation was not identified as expected based on the theory that dissociation can be considered a primitive style of defense (Simeon, Nelson, Elias, Greenberg & Hollander, 2003; Simeon, Yehuda, Knutelska & Schmeidler 2008). However, the factor of emotional abuse was associated with DES scores, suggesting that this domain is more strongly associated with the use of immature defenses. This is a controversial association (Ross et al, 1990; Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Zweig-Frank & Paris, 1991). However, similar results have been identified in other studies, in which DES was

not correlated with the total CTQ score in a sample of patients with Borderline Personality Disorder (BPD) but instead correlated with the factor of emotional neglect (Simeon et al, 2003). In addition, DES was correlated specifically with the sexual abuse factor in another article, which can indicate a particular effect of this variable in the tendency towards dissociation in adult life, suggesting a relevant cause-effect mechanism probably implicated in the development of this personality aspect that may be consider in future investigations (Irwin, 1994).

Regarding the individual defense mechanisms, this study found, in contrast to expectations, a significant use of rationalization, which is considered an immature defense, in resilient individuals. Rationalization is identified in the DSQ-40 in items 4 and 16 (“I am capable of finding good reasons for the decisions that I make” and “There are always good reasons when things do not work for me”). In the present study, this result is probably an expression of cultural factors, since rationalization seems to suggest more adaptive functioning than the functioning of patients referred to PP in the HCPA ambulatory ward. These patients are generally serious cases with significant functional damage and a predominance of depressive symptoms. According to Blaya (2005), in Brazil, this defense would be better identified as a mature factor than as an immature factor. This trend also seems to be the case in the Denmark (Cour, 2002).

This study also demonstrated that resilient individuals use the defense of dissociation more frequently than patients but present few dissociative experiences. It is necessary to clarify this result to prevent potential misunderstanding. The so-called dissociation defense in the DSQ-40 refers to items 9 (“I ignore danger as if I were Superman”) and 15 (“I have special qualities that allow me to live without problems”). It is more closely related to problems coping, characteristics of primitive denial, exaggerated optimism, narcissism and omnipotent aspects rather than to dissociation as a disconnection of mental processes. Moreover, patients who sought PP and received approval for treatment presented significant depressive symptoms. The autistic fantasy (item 14 - “I am more satisfied with my fantasies than with my real life” and item 17 - “I decide more things while daydreaming than in real life”) seems to be the defense

that is closest to dissociation, which can be demonstrated by the correlation between dissociation and autistic fantasy in this study. Nevertheless, the phenomenon of dissociation may not be satisfactorily addressed by the DSQ.

This article has limitations mainly in relation to the self-reported nature of the questionnaires, which may raise questions about its confidence level, especially considering the items related to emotional influences and the repercussions of discussing childhood traumas. Moreover, it is necessary to be aware of the inherent bias of a retrospective questionnaire and of that the instruments themselves have their limitations also. DSQ is the most used instrument to study emotional defenses, but it just can access the conscious derivatives of unconscious defenses, so it can just measure indirectly the defense mechanisms. The absence of regression analysis can also be considered limitations. Despite these and other possible limitations, this article contributes to new research on the important influence of early experiences in the mental functioning of adults.

Acknowledgements

This study was supported by the Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) from the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The authors would like to especially thank all participants, without whom this work would not have been possible.

References

1. American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Artmed.
2. Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4),246-256.

3. Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl*,27(2):169-190.
4. Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M. (2004). Brazilian-Portuguese version of the defense style questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr*,26,255-258.
5. Blaya, C. (2005). Tradução, adaptação e validação do defensive style questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
6. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr*,28,179-183.
7. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Manfro, G.G., Bond, M. (2007). Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res*, 17(3), 261-270.
8. Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 333-338.
9. Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*, 12(5), 263-278.
10. Brodsky, B. S., Cloitre, M., Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788–1792.
11. Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York: Guilford Press.

12. Carlson, E.B., Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-26.
13. Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*, 161, 195–216.
14. Cour, P.L. (2002). Psychological defenses of Danish medical students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 22-26.
15. Finzi-Dottan, R., Karu, T. (2006). From child abuse to adult symptoms: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(8), 616 - 621.
16. Fish, E.W., Shahrokh, D., Bagot, R., Caldji, C., Bredy, T., Szyf, M. (2004). Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Ann N Y Acad Sci*, 1036, 167-180.
17. Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredib, C., Figueira, I. (2004). A adaptação transcultural para o português do instrumento dissociative experiences scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 164-173.
18. Freud, A. (1936). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, Inc.
19. Freud, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In Freud, S. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. V.3. (p 115-132). Rio de Janeiro: Imago.
20. Freud, S. (1915). Thoughts for the times on war and death. In Freud, S. *Standard edition*. V.14 (pp 273-301). London: Hogarth Press.
21. Garland C. (2003). Action, identification and thought in post-traumatic states. In Garland, C. *Understanding Trauma – a victimization approach*. London: Karnac. (Tavistock Clinic Series).

22. Goodwin, R.D., Hoven, C.W., Murison, R., Hotopf, M. (2003). Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health, 93*, 1065–1067.
23. Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do childhood trauma questionnaire. *Rev Saúde Pública, 40(2)*, 249-255.
24. Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., Lopes, R.P., Teixeira, A.L., Bauer, M.E. (2008). Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are associated with verbal memory impairment in major depression: A preliminary report. *Biol Psychiatry, 64(4)*, 281-285.
25. Guerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bertacca, S. (2004). Substance use among high-school students: relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Subst Use Misuse, 39(2)*, 345-367.
26. Hancock, S. D., Menard, J. L., Olmstead, M.C. (2005). Variations in maternal care influence vulnerability to stress-induced binge eating in female rats. *Physiol Behav, 85(4)*, 430-439.
27. Hauck, S., Gomes, F.G., Cervieri, A. et al. (2006). Desenvolvimento do instrumento para avaliação da indicação de psicoterapia psicanalítica: modelagem de equação estrutural. *Rev Bras Psicoter, 8(2/3)*, 155-70.
28. Heim, C., Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry, 49*, 1023–1039.
29. Hersoug, A.G., Sexton, H.C., Hoglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother, 56*, 539-552.

30. Irwin, H.J. (1994a). Affective predictors of dissociation: The case of unresolved grief. *Dissociation*, 7, 86–91.
31. Irwin, H.J. (1994b). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456–460.
32. Irwin, H.J. (1996). Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child Abuse & Neglect*, 20, 701–707.
33. Irwin, H.J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 130, 157–164.
34. Jang, K.L., Paris, J., Zweig-Frank, H., Livesley, W.J. (1998). Twin Study of Dissociative Experience. *J Nerv Ment Dis*, 186, 345-351.
35. Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., Manfro, G.G. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder before and after treatment. *J Nerv Ment Dis*, 193, 619–624.
36. Klein, M. (1926). Principios Psicológicos del Analisis Infantil. In: *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós Hormes.
37. Knijnik, D.Z., Salum, G.A., Blanco, C., Moraes, C., Hauck, S., Mombach, C., Strapasson, A.C.P., Manfro, G.G., Eizirik, C.L. (2009). Defense style changes with the addition of psychodynamic group therapy to Clonazepam in social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*, 197, 547–551.
38. MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., Duku, E.K., Walsh, C.A., Wong, M.Y-Y., Beardslee, W.R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158, 1878–1883.
39. Mari, J.J.; Williams, P. (1986). Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Diseases*, (39), 371–378.

40. Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry, 65(Supl.1)*, 18-28.
41. Otte, C., Neylan T.C., Pole, N., Metzler, T., Best, S., Henn-Haase, C., Yehuda, R., Marmar, C.R. (2005). Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits. *Biological Psychiatry, 57(1)*, 27–32.
42. Pollock, C; Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry, 146*, 1500-1502.
43. Roy, A., Hu, X.Z., Janal, M.N., Goldman, D. (2007). Interaction between childhood trauma and serotonin transporter gene variation in suicide. *Neuropsychopharmacology, 32*, 2046–2052.
44. Ross, C.A., Joshi, S., Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry, 147*, 1547-1552.
45. Russ, E., Heim, A., Westen, D. (2003). Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Pers Disord, 17(6)*, 522-536.
46. Sanders, B., Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry, 148*, 50-54.
47. Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F.W., Smith, L.M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology, 32*, 1149–1152.
48. Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr, 8*, 755-762.
49. Simeon, D., Yehuda, R., Knutelska, M., Schmeidler, J. (2008). Dissociation versus posttraumatic stress: Cortisol and physiological correlates in adults highly exposed to the World Trade Center attack on 9/11. *Psychiatry research, 161*, 325-329.

50. Strick, F.L., Wilcoxon, S.A. (1991). A comparison of dissociative experiences in adult female outpatients with and without histories of incestuous abuse. *Dissociation*, 4, 193-199.
51. Thompson, K.M., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, S. (2003). Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J. Trauma Stress*, 16(1), 35-38.
52. Vaillant, G.E. (1976). Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry*, 33, 535-545.
53. Vaillant, G.E., Bond, M., Vaillant, C.O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 786-794.
54. Vaillant, G.E., Vaillant, C.O. (1990). Natural history of male psychological health: XII. A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am. J. Psychiatry*, 147, 31-37.
55. Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *Am. J. Psychiatry*, 160, 1373-1384.
56. Van Der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry*, 153(suppl), 83-93.
57. Wise, L.A., Zierler, S., Krieger, N., Harlow, B.L. (2001). Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: A case-control study. *Lancet*, 358, 881-887.
58. Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl.1), 29-36.
59. Zanarini, M.C., Ruser, T., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Gunderson, J.G. (2000). Fatores de risco associados com as experiências dissociativas de pacientes borderline. *J Ment Dis Ner*, 188, 26-30.

60. Zavaschi, M.L., Graeff, M.E., Menegassi, M.T., Mardini, V., Pires, D.W., Carvalho, R.H., Rohde, L.A., and Eizirik, C.L. (2006). *Rev Bras Psiquiatr*, 28(3), 184-90.
61. Zweig-Frank, H., Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 148, 648–651.

Tables with captions on individual pages

Table 1 - Sample Demographic Data.

	Patients referred to PP (n=73)	Resilient individuals (n=25)	P
Age; M±SD	41.04 ± 13.45	46.24 ± 10.70	0.056 ^t
Education (years in school); M±SD	10.95 ± 2.70	10.96 ± 3.17	0.611 ^w
Civil State			0.039*^χ
Married; n (%)	41 (56.2)	19 (76)	
Gender			0.497 ^χ
Male; n (%)	11 (15.1)	03 (12)	
Female; n (%)	62 (84.9)	22 (88)	
Job Status			0.136 ^χ
Employed; n (%)	36 (49.3)	18 (72)	
Main Diagnosis (Axis I); n (%)			
Depression	34 (46.58)		
Bipolar Affective Disorder	13 (17.81)		
Anxiety Disorder	06 (8.22)		
Other (Eating Disorder, Drug Use, PTSD...)	08 (10.96)		
None	12 (16.44)		
Axis II Diagnosis; n (%)			
Borderline PD	10 (13.7)		
Histrionic PD	07 (9.6)		
Dependent PD	02 (2.7)		
Narcissist PD	01 (1.4)		
Obsessive PD	01 (1.4)		
Use of Psychotropics; n (%)	55 (75.3)		

p<0.05; t = T-test; w = Mann-Whitney; χ = Chi-square; M = mean; SD = standard deviation; PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder; PD = Personality Disorder.

Table 2. Means scores of defenses in patients and in resilient individuals and p values.

Defenses	Patients (n=73)	Resilient (n=25)	P
	Mean (sd)	Mean (sd)	
Mature			
Anticipation	5.57 (2.52)	6.84 (2.36)	p=0.038*[#]
Sublimation	4.95 (2.42)	6.26 (2.39)	p=0.021*[§]
Humor	4.49 (2.45)	7.08 (1.62)	p<0.001*[§]
Suppression	3.82 (2.08)	6.26 (1.68)	p<0.001*[§]
Neurotic			
Pseudo-altruism	5.47 (1.96)	5.94 (2.16)	p=0.319 [§]
Reactive Formation	4.37 (2.26)	5.58 (2.24)	p=0.023*[§]
Idealization	3.81 (2.45)	4.98 (2.59)	p=0.044*[§]
Undoing	5.13 (2.54)	4.86 (2.58)	p=0.649 [§]
Immature			
Rationalization	4.83 (2.13)	7.12 (1.42)	p<0.001*[§]
Dissociation	2.95 (1.66)	4.80 (1.50)	p<0.001*[§]
Passive Aggression	4.15 (2.53)	3.08 (1.98)	p=0.076 [#]
Splitting	4.90 (1.94)	4.48 (1.96)	p=0.350 [§]
Displacement	4.97 (2.08)	3.46 (2.44)	p=0.007*[#]
Isolation	4.12 (2.21)	3.02 (2.21)	p=0.023*[#]
Devalorization	3.41 (1.82)	2.90 (1.97)	p=0.172 [#]
Somatization	5.59 (2.80)	3.08 (2.39)	p<0.001*[#]
Autistic Fantasy	5.04 (2.80)	2.62 (2.17)	p<0.001*[#]
Denial	3.46 (2.05)	3.64 (2.24)	p=0.773 [#]
Acting Out	5.40 (2.49)	3.78 (2.70)	p=0.009*[#]
Projection	4.07 (2.31)	2.18 (1.82)	p<0.001*[#]

p<0.05; # Mann-Whitney; § T test

Table 3. Spearman's or Pearson's Correlations (p).

	Mature Factor	Neurotic Factor	Immature Factor	DES
CTQ Total Scores	R = - 0.246 (p=0.015)*	R = 0.105 (p=0.302)	R = 0.340 (p=0.001)*	R = 0.181 (p=0.134)
Emotional Abuse	R = - 0.321 (p=0.001)*	R = - 0.054 (p=0.599)	R = 0.362 (p<0.001)*	R = 0.281 (p=0.019)*
Physical Abuse	R = - 0.131 (p=0.200)	R = 0.074 (p=0.470)	R = 0.215 (p=0.034)*	R = 0.120 (p=0.321)
Sexual Abuse	R = - 0.215 (p=0.034)*	R = 0.060 (p=0.559)	R = 0.135 (p=0.186)	R = 0.027 (p=0.827)
Emotional Neglect	R = - 0.231 (p=0.022)*	R = - 0.038 (p=0.710)	R = 0.235 (p=0.020)*	R = 0.124 (p=0.306)
Physical Neglect	R = - 0.007 (p=0.942)	R = 0.276 (p=0.006)*	R = 0.262 (p=0.009)*	R = 0.115 (p=0.342)
DES	R = - 0.231 (p=0.054)	R = 0.090 (p=0.457)	R = 0.417 (p<0.001)*	-
Autistic Fantasy	R = - 0.286 (p=0.004)*	R = 0.165 (p=0.104)	R = 0.662 (p<0.001)*	R = 0.538 (p<0.001)*

p<0.05; Note: for DES, n=70; for the other variables, n=98.

Figures

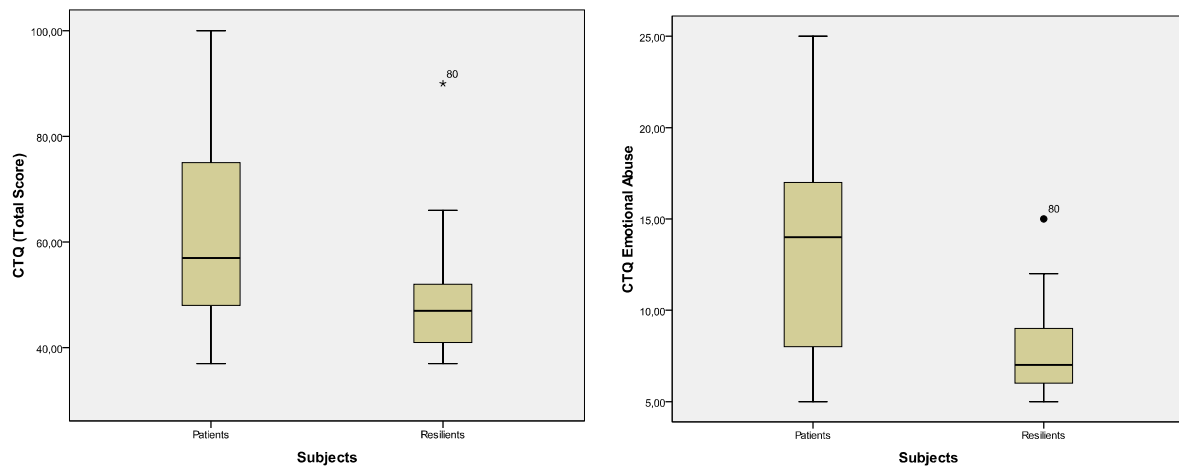


Figure 1. A) CTQ total scores for patients and resilient individuals. B) Emotional abuse CTQ scores for patients and resilient individuals.

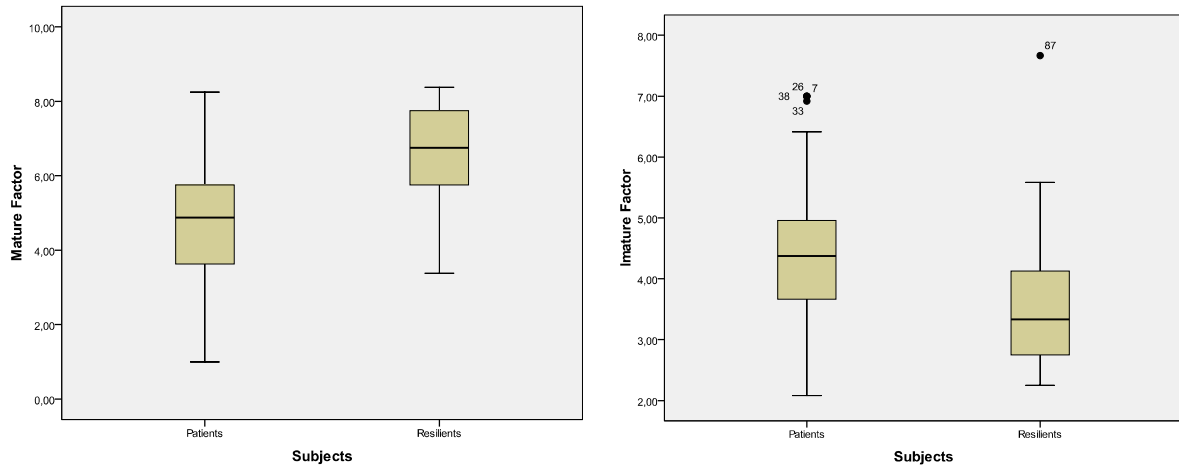


Figure 2. A) Mature factor scores for patients and resilient individuals. B) Immature factor scores for patients and resilient individuals.

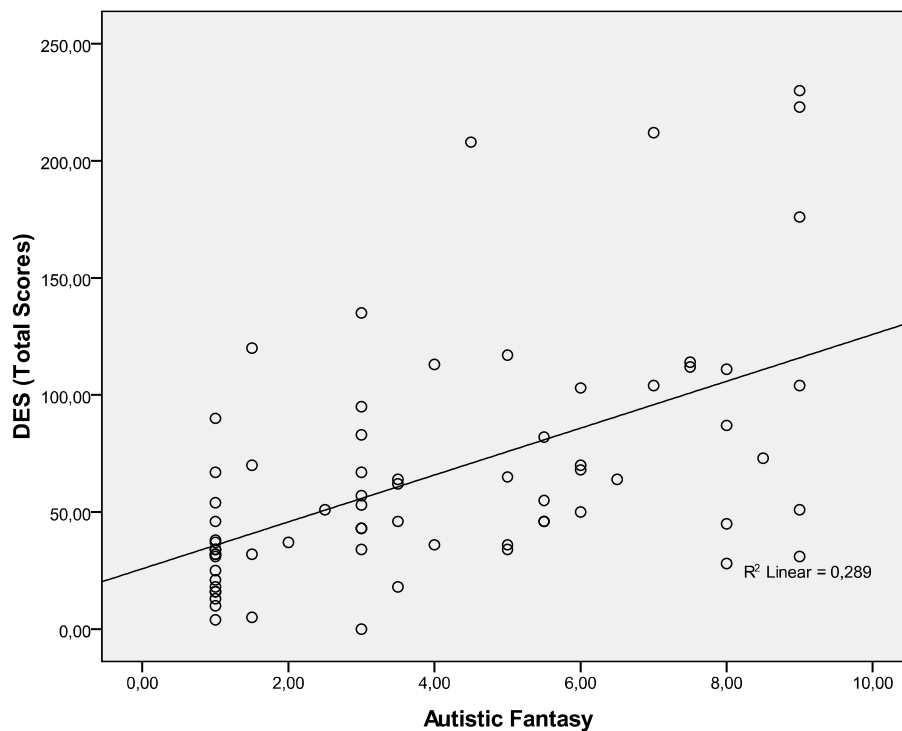


Figure 3. Correlation between DES Scores and Autistic Fantasy (n=70).

Resumo

Este estudo investigou a associação do trauma infantil com estilo defensivo e dissociação na vida adulta. Foram avaliados 73 pacientes com indicação de Psicoterapia Psicodinâmica (PP) e 25 indivíduos resilientes à exposição a evento traumático maior na vida adulta segundo definição do DSM-IV, através do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), do Defensive Style Questionnaire (DSQ) e da Dissociative Experience Scale (DES). Os pacientes apresentaram mais traumas infantis, maior uso de defesas imaturas, menor uso de defesas maduras e maior tendência à dissociação. Além disso, a exposição a abuso emocional, sexual e à negligência emocional na infância foi inversamente associada ao escore do fator maduro. Estes resultados concordam com a maioria dos achados anteriores e contribuem para a confirmação da importância de experiências precoces no funcionamento biológico e emocional em adultos.

Palavras-chave: Trauma Infantil, Estilo Defensivo, Experiências Dissociativas, Psicoterapia Psicodinâmica.

ARTIGO 2

How do the resilient individuals differ from a clinical sample? - An exploratory psychobiological study.

Julia Domingues Goi, Mestranda em Ciências Médicas - Psiquiatria pela UFRGS;
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao periódico *The Journal of Nervous and Mental Disease*

How do the resilient individuals differ from a clinical sample? - An exploratory psychobiological study.

Goi JD¹, Cordini KL¹, Teche SP¹, Hartmann, L¹, Hauck S¹, Eizirik, CL^{1,2}.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

² Psychodynamic Psychotherapy Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil

Correspondence:

Julia Domingues Goi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350

90035-003 Porto Alegre, RS, Brazil

Phone: (+ 55 51) 3359-8294

E-mail: juliadgoi@gmail.com

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the differences in several psychological aspects and in brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels among resilient individuals and psychodynamic psychotherapy (PP) patients. *Method:* The sample consisted of 63 patients referred to psychodynamic psychotherapy (82.5% women, mean age 40.94 years), whose suitability for PP was verified using the Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy (IESPP) and 22 resilient individuals who had been exposed to a major traumatic event in adult life without developing psychiatric symptoms (according to the DSM-IV definition) (86.4% women, mean age 46.44). The participants were evaluated using the Defensive Style Questionnaire (DSQ), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and the Dissociative Experience Scale (DES). The serum BDNF levels were measured using a sandwich-ELISA method. The participants were separated in 4 groups (resilients, PP patients with affective disorders, PP patients without axis I diagnoses and PP patients with any other diagnose, but not affective disorder). *Results:* The patients had experienced more traumatic events in their childhood, greater use of immature defenses, and minor use of mature defenses and greater occurrence of dissociative experiences, when compared to the resilient individuals. The resilient individuals presented significantly lower levels of BDNF when compared with PP patients, mainly with those who had no affective disorders. Moreover, BDNF levels were negatively correlated with the defenses of suppression, anticipation and with the mature factor. *Conclusion:* These results support previous studies, contributing to the hypothesis that resilient individuals have a different and complex psychobiological functioning.

Keywords: Resilience, Defensive Style, Psychodynamic Psychotherapy, BDNF.

Introduction

Resilience, understood as the capacity for a healthful adaptation to life's adversities, is becoming an important research area. Bowlby (1989) emphasizes the importance of primitive

relations and attachment in childhood to the development of a better capacity of adaptation to adversities in adult life. Despite controversial findings, certain characteristics of resilience are being elucidated (Charney, 2004). For example, it has been found that the use of mature defenses can be a good indicator of resilience and that the absence of major psychopathology does not seem to necessarily demonstrate resilience (G. Vaillant, 2003). Moreover, childhood trauma has been strongly associated with low resilience in adulthood (Simeon et al, 2007).

Studies have identified that the capacity to solve problems and to deal with fear depends on the functioning of neurological structures related to the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, which can be modulated by genetic inheritance, as well as by the early experiences in life (Feder, 2009). The current research has attempted to clarify how the primitive experiences can modulate the definition of cerebral structures and circuits that would promote the individual capacity to deal with adversities. The expression of some mediators, as Neuropeptide Y and BDNF seems to have implication in the functioning of these neuronal connections, as well as possible genetic polymorphisms they can have implication in the greater or minor capacity of resilience of the individual (Feder, 2009). The early traumatic experiences and bad quality caretakers' relations are associated to low the resilience in the adult life and modify definitively the biological system of stress response (Simeon, 2007).

Defense mechanisms are fundamental in psychodynamic theory and express important personality dimensions and ego functioning in an individual, which are related to the adaptive capacity and the risk of psychiatric illness (Blaya et al., 2006, Kipper et al., 2005, Pollock & Andrews, 1989). Therefore, watching the way someone defends himself or herself emotionally, in terms of defense mechanisms, can help in identifying their stage of development and provide information about his or her mental functioning, including possible psychiatric diagnosis (Vaillant, 1934; G. Vaillant, C. Bond & Vaillant, 1986; Vaillant, 2000; Simeon et al., 2007). Several authors have found an association between defense styles (mature, immature and

neurotic) and severity of psychopathology (Pollock & Andrews, 1989; Spinhoven & Kooiman, 1997; Kipper et al., 2004; Blaya et al., 2006).

Dissociation can be conceptualized as a structured separation of mental processes, such as thought, consciousness, perception, memory, feeling and sense of identity; that must be integrated. Dissociation has the objective of protecting the mind's integrity and can be considered a particular form of defense that broadly encompasses cognitive, psychological and biological aspects. Studies support the theory that both heritable genetic aspects and childhood traumas result in minor or major tendencies toward dissociation in adults when faced with a traumatic experience. Therefore, this phenomenon provides a very interesting way to study the impact of early experiences on the development of the individual throughout life (Irwin, 1994; Irwin, 1995; Jang, 1998; Sanders & Giolas, 1991; Strick, 1991; Zanarini, 2000).

Research has revealed the important roles of neurotrophins in adults, especially the brain-derived neurotrophic factor (BDNF). Essential during the early stages of life development, BDNF is involved in various aspects of central nervous system functioning in adulthood, such as neuronal plasticity, neurogenesis, response to brain injury, memory, stress response and brain synaptic connectivity (Tapia-Arancibia, Rage, Givalois, & Arancibia, 2004, Hauck et al., 2009; Lang, 2007). BDNF importance has also been demonstrated in the pathophysiology of psychiatric illnesses, such as bipolar affective disorder, posttraumatic stress disorder, depression and anxiety (Cunha et al., 2006; Post, 2007; Kapczinski, Frey, Kauer-Sant'Anna & Grassi-Oliveira, 2008; Kauer Sant'Anna et al., 2008; Hauck et al., 2010).

Some studies have investigated the association among trauma, BDNF and psychopathology in adults (Kauer-Sant'Anna & Tramontina, 2007; Grassi-Oliveira et al., 2008a; Grassi-Oliveira et al., 2008b). The article by Hauck et al. (2009) found high levels of BDNF in two trauma patients, which decreased after brief psychotherapy. Moreover, other authors found increased levels of BDNF in situations of acute stress (Faure et al., 2007; Schaf, 2011). According to Tapia-Arancibia (2004), neurotrophins, particularly BDNF, may have a

protective function against neuronal damage via stimulation of neuronal growth and synaptic reorganization, promoting resilience of nerve cells to cope with stressful situations.

The objective of this study is to investigate the differences considering childhood traumas, defensive style, dissociation and BDNF among resilient individuals and patients referred to psychodynamic psychotherapy (PP) treatment, with affective disorders, with no diagnoses in DSM-IV axis I and with any other diagnoses, but no affective disorders. Psychological aspects, such as defense mechanisms and the tendency toward dissociation, may be linked to stress response, defense systems, structures and gene expression. Understanding how the individual reacts to stress and defends him or herself both psychologically and biologically can help boost his or her resources and ability to adapt.

Methods

Participants

In this transversal study, 63 patients (52 women and 11 men, with ages between 19 and 66 years, average age = 40.94, SD = 13.95) referred to psychodynamic psychotherapy (PP) and 22 resilient individuals (those who were exposed to a major trauma, based on the DSM-IV definition, in adult life but did not develop psychiatric symptoms) (19 women and 03 men, with ages between 24 and 71 years, average age = 46.45, SD = 11.29) were administered the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Defensive Style Questionnaire (DSQ) and the Dissociative Experience Scale (DES). BDNF levels were measured using a sandwich-ELISA.

Patients were enlisted in the PP ambulatory ward of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The process of assessing the PP suitability in the patient group was according to the 'Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy' (IESPP) protocol, which includes personality characteristics and motivations for analytic treatment (Hauck, 2006). For this group, the CTQ, DSQ and DES were applied after the evaluation of the suitability of PP and prior to its initiation. Patients were separated in 3 groups (39 PP patients

with affective disorders, 12 PP patients without axis I diagnoses and 12 PP patients with any other diagnose, but not affective disorder).

The resilient group was selected using a short questionnaire randomly applied to family members of patients hospitalized in the medical wards of HCPA. Those who were exposed to at least one major trauma in adulthood, scored <7 on the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) (the cut-off point for probable psychiatric disease in the Brazilian population is 8), and denied actual or previous psychiatric disease, psychotropic use or psychiatric treatment were invited to take part in the study. A further careful exclusion of psychiatric disorders was performed by trained psychiatrists according to the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) – Brazilian version. Due to the possible influences on the biological markers, smokers (>10 cigarettes/day) and individuals reporting chronic or acute inflammatory, rheumatology or infectious illness or taking medications that might influence hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity (immunosuppressant, anti-inflammatory drugs, acetylsalicylic acid or corticoids) were also excluded from the study. A brief structured interview based on the DSM-IV definition of adult emotional trauma was administered to these participants to confirm that they had experienced a traumatic event in their adult life. Thus, the individual could be classified as resilient according to the study criteria and was invited to complete the instruments, provide some socio-demographic data and to perform blood collection.

All participants provided written informed consent. There were no statistically significant differences between the groups in terms of gender, age or level of education. The entire sample was analyzed for any correlations. The study was approved by the ethics committee of HCPA (number 09-383).

Instruments

Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy (IESPP).

The major domains considered for evaluating whether the patients were suitable for PP in this

protocol involve 8 items compounding 2 main dimensions: personality characteristics (frustration tolerance, impulse control, sense of identity, conflict with dependence and quality of object relation) and motivation for analytic treatment (ability to think psychologically, curiosity and degree of mental suffering). A full description of the development of the IESPP, its theoretical foundations and its psychometric properties is available elsewhere (Hauck, 2006).

DSM-IV definition of Adult Emotional Trauma. This definition was used in the brief interview administered to include resilient individuals. DSM-IV considers the emotional trauma as an experience of threat to the life or to the physical integrity, which was lived with intense fear, abandonment or terror (American Psychiatric Association, 2002).

Self-Report Questionnaire (SRQ). The Self-Report Questionnaire is a symptom scale developed by the World Health Organization to evaluate psychiatric morbidity in the general population. It contains 20 yes/no questions and produces scores from 0 to 20. This instrument was validated in Brazil (Mari & Williams, 1986).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The original version of the Childhood Trauma Questionnaire contains 70 items. The brief version of the CTQ, used in this study, reduces this number to 28 retrospective self-reported items, making the instrument faster and more practical while maintaining its psychometric qualities. The items are rated from 1 to 5 on a Likert scale, with scores ranging from 5 to 25. The CTQ examines five types of negative childhood experiences: emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect (Bernstein et al., 2003). The CTQ is a widely used questionnaire that was translated into Brazilian Portuguese and validated in 2006 (Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, 2006).

Defensive Style Questionnaire (DSQ-40). The Defensive Style Questionnaire presents items on a Likert scale with responses ranging from 1 to 9. It evaluates the conscious derivatives of defense mechanisms (Bond et al., 1983) and has been validated in its shortened form (DSQ-40) for Brazilian populations (Blaya et al., 2004; Blaya et al., 2007). The DSQ-40 contains 40

questions that assess the degree of use of 20 defense mechanisms, generating scores for mature, immature and neurotic factors (Andrews, Singh & Bond, 1993). Its validity as an instrument to identify defensive styles according to the capacity for healthy adaptation and functioning has been demonstrated through its correlations with other instruments measuring defenses (Bond et al., 1983; Bond, 2004; Hersoug, Sexton & Hoglend, 2002; Blaya et al., 2004). This body of research includes a series of studies that found an association between less adaptive defenses and specific psychopathologies (Pollock & Andrews, 1989; Bond, 2004; Knijinik et al., 2009; Kipper et al., 2005).

Dissociative Experiences Scale (DES). The Dissociative Experiences Scale is one of the most frequently used questionnaires to track and quantify dissociative tendencies. It presents 28 items on an 11-point Likert scale (from 0 to 10), generating scores from 0 to 100. Scores above 30 can be considered to indicate dissociative disorders (Carlson & Putnam, 1993). The DES was adapted to Brazilian Portuguese (Fizman, Cabizuca, Lanfredib & Figueira, 2004).

BDNF Analysis

To analyze BDNF, 4 mL of each participant's blood was collected by venipuncture in a bottle with vacuum and anticoagulant. The material was centrifuged for 10 min, and the serum was kept congealed (-80°C) until the dosage of all the samples in one same dosage-kit, in accordance with the instructions of the manufacturer (Chemicon, USA). The dosages were obtained using the sandwich-ELISA method. BDNF levels were expressed in pg/ μ g of total protein.

Statistical Analyses

Statistical analyses were conducted using the Shapiro-Wilk and Levene normality tests. The data were compared through ANOVA and post-hoc LSD test, independent-sample T-test and Mann-Whitney test. Categorical variables were compared using Chi-squared. Correlations between the variables were conducted using Pearson's correlations. All tests were bi-tailed and

analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 17.0. The level of significance was set at $\alpha = 0.05$ with a 95% confidence interval.

Results

BDNF levels were normally distributed in both groups. Table 1 describes sample demographic data (see table 1). The group of patients referred to PP presented higher levels of BDNF (Mean (SD) = 41.84 (17.01) versus 31.00 (11.76), $p = 0.007$) [Figure 1]. The figure 2 shows the comparison of BDNF levels among the four groups [Figure 2].

The resilient individuals exhibited less exposition to childhood trauma, less dissociative experiences, greater use of mature defenses and minor use of immature defenses. Table 2 presents the four groups' means for CTQ, DSQ, DES and BDNF (see table 2). Table 3 shows the post-hoc most important results (see table 3).

A negative correlation was found between BDNF levels and suppression ($r = - 0.235$ $p = 0.031$), anticipation ($r = - 0.294$ $p = 0.006$) and, consequently, also with the mature factor ($r = - 0.307$ $p = 0.004$) [Figure 3]. Other correlations with BDNF were not significant.

Discussion and Conclusion

According to this study, patients referred to PP, who are usually under acute emotional stress, presented higher BDNF levels than resilient individuals, which could support the hypothesis that BDNF is related to the acute stress response (Hauck et al., 2009; Faure et al., 2007). Another interesting finding is that the resilient group had presented less traumatic exposition in childhood, lesser tendency toward dissociation, minor use of immature defenses and greater use of mature defenses and in addition the use of mature defenses were inversely correlated to BDNF levels, which could strengthen the idea that the use of mature defenses, as a good indicator of resilience, can be an important resource to avoid the impact of stress, represented in high BDNF levels.

The group of PP patients with no axis I diagnoses was closer to the group of resilient individuals towards the use of mature defenses, while patients with axis I diagnoses were in the other extremity. Even being equally exposed to childhood trauma, PP patients with no Axis I diagnoses used more mature defenses than those who had any Axis I disorder. This finding strengthens the idea of a continuum between the fully capacity to adapting and the development of symptoms and psychiatric disorders. One could say that the individual would be located between these extremities in accordance with its capacity of resilience and use of mature defenses.

Another ongoing study of our group described interesting changes in BDNF levels after 06 and 12 months of PP treatment, founding higher BDNF levels in patients referred to PP with no Axis I diagnoses and in patients with anxiety disorders, and lower levels in patients referred to PP with affective disorders, which have got higher after PP treatment (Schaf, 2011). Taking it together with the inverse correlation between mature defenses and BDNF levels in this study and a better psychological profile and lower BDNF levels in the resilient group, it can be hypothesized that these findings may reflect the way that these individuals' brains deal with stress. One could think that mature defenses can represent a better psychological functioning, providing a kind of filter to environmental stress, including not only traumatic experienced but stressful interpersonal relationships. This filter could prevent the impact of stress in biological functioning. Following this hypothesis a higher BDNF level in PP patients could represent a biological attempt to deal with stress in the absence of sufficient coping skills. At the same time, it can be possible that resilient individuals have BDNF levels even lower than general population, what needs more investigation.

Obviously, this is a first exploratory attempt to investigate those psychobiological variables in resilient individuals as compared to a clinical sample. One of the major limitations of this study is the sample's heterogeneity. Patients were diagnosed with different psychiatric disorders at different degrees of severity and some of them were using psychotropic drugs. On

the other hand, this population is similar to the clinical experience and the objective of this study was to investigate possible differences between resilient individuals and a clinical sample. Another important limitation is the sample size. Nevertheless, these are preliminary results that could contribute to the literature, raising questions to be elucidated in further studies.

Acknowledgements

This study was supported by the Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) from the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The authors especially thank all participants, without whom this work would not have been possible.

References

1. American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TRTM - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Artmed.
2. Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4),246-256.
3. Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27(2):169-190.
4. Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M. (2004). Brazilian-Portuguese version of the defense style questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr*,26,255-258.
5. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr*,28,179-183.

6. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Manfro, G.G., Bond, M. (2007). Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res*, 17(3), 261-270.
7. Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 333-338.
8. Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*, 12(5), 263-278.
9. Bowlby J. (1989). As origens do apego. In: *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 33-47.
10. Carlson, E.B., Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-26.
11. Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*, 161, 195–216.
12. Cunha, A.B., Frey, B.N., Andreazza, A.C., Goi, J.D., Rosa, A.R., Gonçalves, C.A., Santin, A., Kapczinski, F. (2006). Serum brain-derived neurotrophic factor is decreased in bipolar disorder during depressive and manic episodes. *Neurosci Lett*, 398(3), 215-219.
13. Faure, J., Uys, J.D. et al. (2007). Early maternal separation alters the response to traumatization: resulting in increased levels of hippocampal neurotrophic factors. *Metab Brain Dis*, 22(2), 183-195.
14. Feder, A., E. J. Nestler, et al. (2009). "Psychobiology and molecular genetics of resilience." *Nat Rev Neurosci*, 10, 446-57.

15. Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredib, C., Figueira, I. (2004). A adaptação transcultural para o português do instrumento dissociative experiences scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 164-173.
16. Freud, A. (1936). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, Inc.
17. Freud, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In Freud, S. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. v.3. (pp 115-132). Rio de Janeiro: Imago.
18. Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do childhood trauma questionnaire. *Rev Saúde Pública*, 40(2), 249-255.
19. Grassi-Oliveira, R., M. Ashy, et al. (2008a). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Rev Bras Psiquiatr*, 30, 60-68.
20. Grassi-Oliveira, R., L. M. Stein, et al. (2008b). Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are associated with verbal memory impairment in major depression--a preliminary report. *Biol Psychiatry*, 64, 281-285.
21. Hauck, S., Gomes, F.G., Cervieri, A. et al. (2006). Desenvolvimento do instrumento para avaliação da indicação de psicoterapia psicanalítica: modelagem de equação estrutural. *Rev Bras Psicoter*, 8(2/3), 155-70.
22. Hauck, S., Gomes, F., Silveira, E.M. Jr., Almeida, E., Possa, M., Ceitlin, L.H.F. (2009). Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in acute and posttraumatic stress disorder: a case report study. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(1), 48-51.
23. Hauck, S., Kapczinski, F., Roesler, R., Silveira, Jr. E.M., Magalhães, P., Kruel, L.R., et al. (2010). Serum brain-derived Neurotrophic factor in patients with trauma psychopathology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 34, 459-462.

24. Hersoug, A.G., Sexton, H.C., Hoglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother*, 56, 539-552.
25. Irwin, H.J. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456– 460.
26. Irwin, H.J. (1995). Affective predictors of dissociation, III: Affect and balance. *J Clin Psychol*, 129, 463–467.
27. Jang, K.L.; Paris, J.; Zweig-Frank, H.; Livesley, W.J. (1998). Twin Study of Dissociative Experience. *J Nerv Ment Dis*, 186, 345-351.
28. Kapczinski F, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Grassi-Oliveira R. (2008). Brain-derived neurotrophic factor and neuroplasticity in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother*, 8, 1101-1113.
29. Kauer-Sant'Anna, M., Tramontina, J. (2007). Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disord*, 9(Suppl. 1), 128-35.
30. Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F, Andreazza AC, Bond DJ, Lam RW, Uoung T, et al. (2008). Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early- vs. late-stage bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 11, 01-12.
31. Kipper, L.C., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., Manfro, G.G. (2004). Brazilian patients with panic disorder: Use of defense mechanisms and their associations with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 58-64.
32. Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., Manfro, G.G. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder before and after treatment. *J Nerv Ment Dis*, 193, 619–624.

33. Knijnik, D.Z., Salum, G.A., Blanco, C., Moraes, C., Hauck, S., Mombach, C., Strapasson, A.C.P., Manfro, G.G., Eizirik, C.L. (2009). Defense style changes with the addition of psychodynamic group therapy to Clonazepam in social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*, 197, 547–551.
34. Krishnan, V., Han, M. H. et al. (2007). Molecular adaptations underlying susceptibility and resistance to social defeat in brain reward regions. *Cell*, 131(2), 391-404.
35. Lang, U.E., Hellweg, R., Seifert, F., Schubert, F., Gallinat, J. (2007). Correlation between serum Brain-Derived Neurotrophic Factor level and an in vivo marker of cortical integrity. *Biological Psychiatry*, 62, 530-535.
36. Mari, J.J.; Williams, P. (1986). Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Diseases*, (39), 371–378.
37. Pollock, C; Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 146, 1500-1502.
38. Post RM. (2007). Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *J Psychiatr Res*, 41, 979-990.
39. Sanders, B., Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry*, 148, 50-54.
40. Schaf, D.V. (2011). *Estudo de fatores psicodinâmicos e neurobiológicos em psicoterapia psicodinâmica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
41. Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F.W., Smith, L.M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1149–1152.

42. Spinhoven, P., Kooiman, C.G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(2), 87-94.
43. Strick, F.L., Wilcoxon, S.A. (1991). A comparison of dissociative experiences in adult female outpatients with and without histories of incestuous abuse. *Dissociation*, 4, 193-199.
44. Tapia-Arancibia L, Rage F, Givalois L, Arancibia S. (2004). Physiology of BDNF: focus on hypothalamic function. *Front Neuroendocrinol*, 25(2), 77-107.
45. Vaillant, G.E. (1934). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
46. Vaillant, G.E., Bond, M., Vaillant, C.O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 786-794.
47. Vaillant G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *Am Psychol*, 55, 89-98.
48. Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *Am. J. Psychiatry*, 160, 1373–1384.
49. Zanarini, M.C., Ruser, T., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Gunderson, J.G. (2000). Fatores de risco associados com as experiências dissociativas de pacientes borderline. *J Ment Dis Ner*, 188, 26-30.

Table 1 - Sample Demographic Data.

	Patients referred to PP (n=63)	Resilient individuals (n=22)	P
Age; M±SD	40.94 ± 13.95	46.45 ± 11.29	0.071 ^t
Education (years in school); M±SD	11.00 ± 2.63	11.00 ± 3.35	0.764 ^w
Marital Status			0.039 ^χ
Married; n (%)	35 (55.6)	17 (77.3)	
Gender			0.138 ^χ
Male; n(%)	11 (17.5)	03 (13.6)	
Female; n (%)	52 (82.5)	19 (86.4)	
Job Status			0.410 ^χ
Employed; n (%)	34 (54.9)	15 (68.2)	
Diagnosis (Axis I); n (%)			
Affective Disorder	39 (61.90)		
Other (Eating Disorder, Drug Use, PTSD...)	12 (19.5)		
None	12 (19.5)		
Use of Psychotropics; n (%)	46 (73)		

t = T-test; w = Mann-Whitney; χ = Chi-squared; M = mean; SD = standard deviation; PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder.

Table 2 - ANOVA Results.

	Group 1 Resilient individuals n=22 Mean (SD)	Group 2 PP patients with Affective Disorder n=39 Mean (SD)	Group 3 PP patients with no Axis I diagnoses n=12 Mean (SD)	Group 4 PP patients with other diagnoses n=12 Mean (SD)	p
CTQ	48.64 (11.91)	62.93 (17.42)	61.42 (17.80)	61.92 (21.65)	0.010*
Mature Factor	6.58 (1.29)	4.31 (1.49)	5.55 (1.79)	4.83 (1.40)	<0.001*
Neurotic Factor	5.17 (1.52)	4.87 (1.45)	4.44 (1.57)	4.69 (1.03)	0.527
Immature Factor	3.57 (1.32)	4.48 (1.22)	4.28 (0.81)	4.30 (1.07)	0.042*
DES	41.00 (27.25)	88.45 (59.61)	90.62 (82.29)	57.22 (38.61)	0.015*
BDNF	31.00 (11.76)	41.19 (17.40)	40.64 (15.94)	45.16 (17.76)	0.050*

* $p \leq 0.05$.

Table 3 - Post-Hoc Results.

		Group 2 (p)	Group 3 (p)	Group 4 (p)
CTQ	Group 1	0.002*	0.038*	0.031*
Mature Factor	Group 1	<0.001*	0.056	0.001*
	Group 2		0.013*	
Immature Factor	Group 1	0.005*	0.099	0.088
DES	Group 1	0.004*	0.022*	0.424
BDNF	Group 1	0.019*	0.097	0.016*

* $p \leq 0.05$. Group 1: Resilient individuals; Group 2: PP patients with Affective Disorder; Group 3: PP patients with no Axis I diagnoses and Group 4: PP patients with other diagnoses

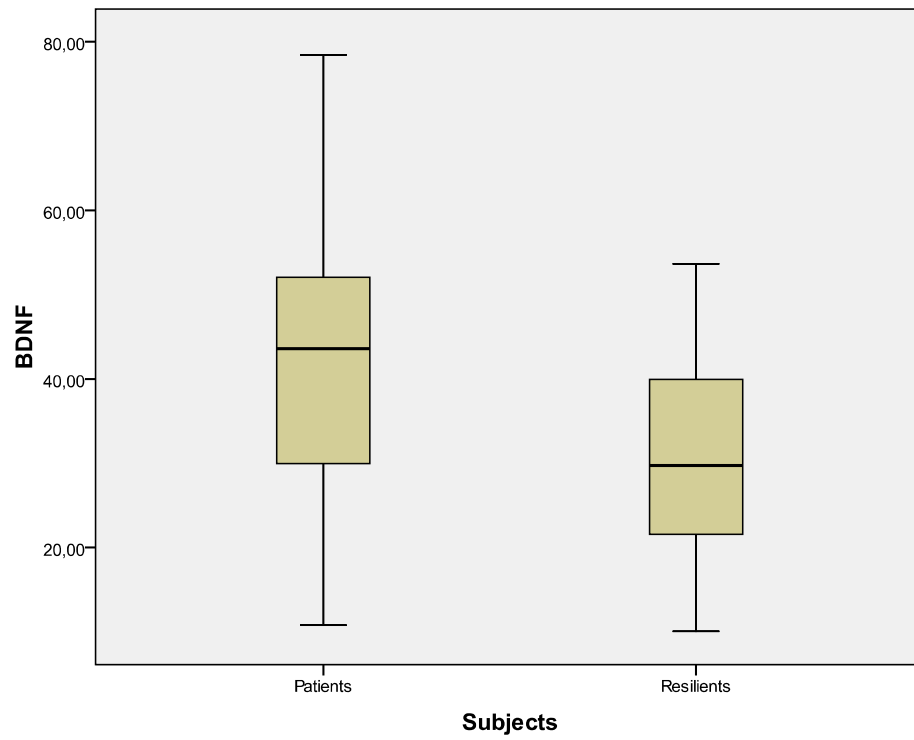


Figure 1. BDNF levels in PP patients and Resilients.

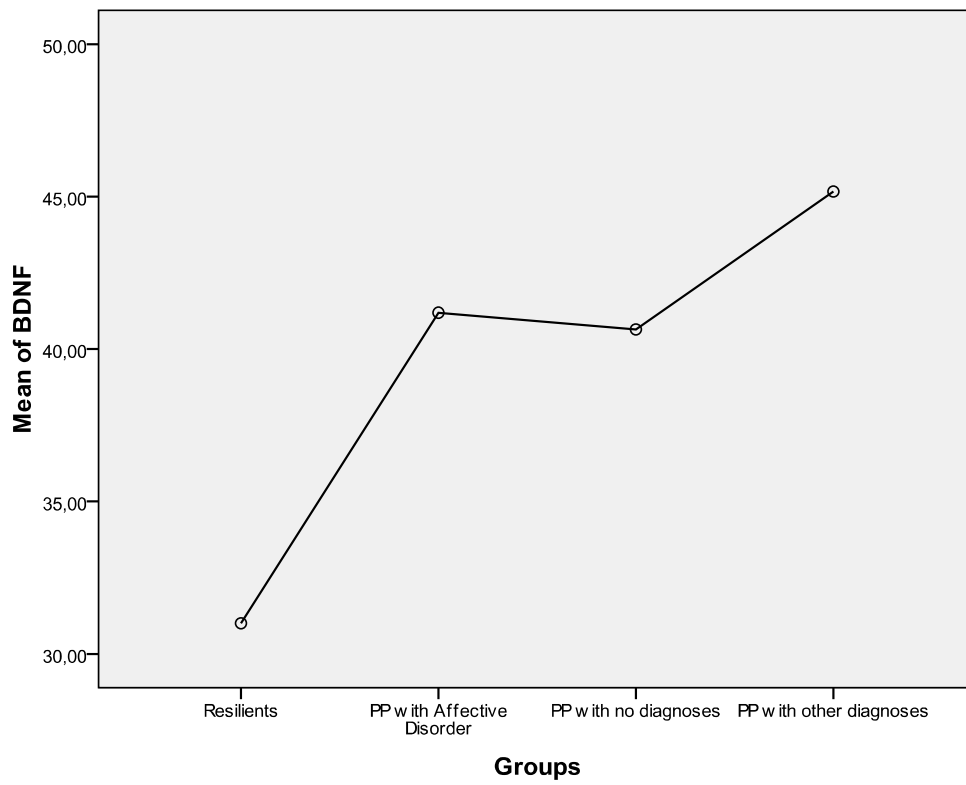


Figure 2. BDNF levels in all groups.

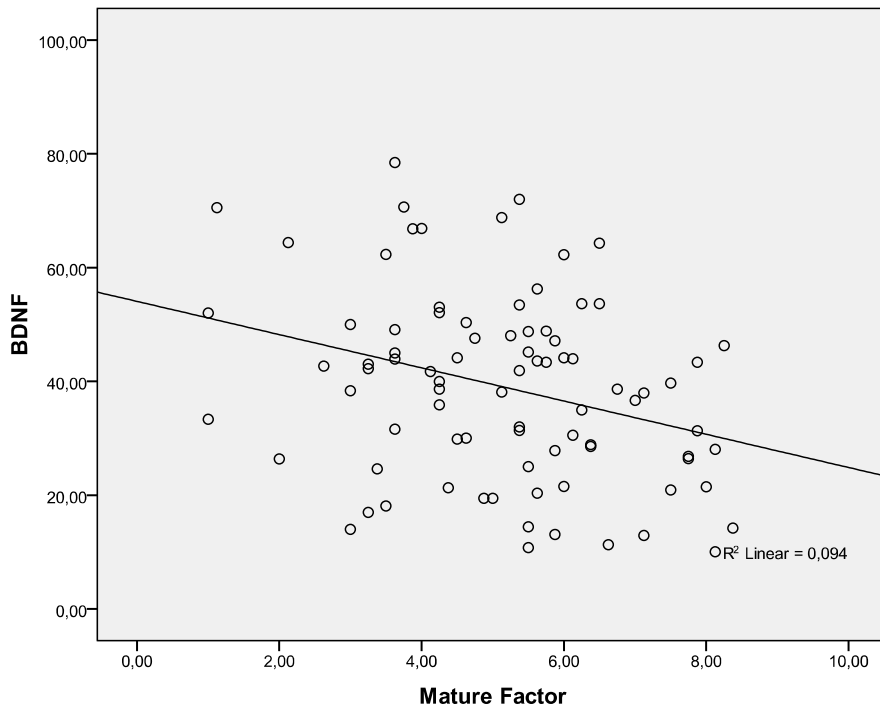


Figure 3. Correlation between BDNF and mature factor.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar as diferenças em vários aspectos psicológicos e nos níveis de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) entre indivíduos resilientes e pacientes de psicoterapia psicodinâmica (PP). *Método:* A amostra consistiu de 63 pacientes de psicoterapia psicodinâmica (82,5% mulheres, média de 40.94 anos de idade), cuja indicação foi avaliada através do Instrumento para Avaliação de Indicação de Psicoterapia Psicanalítica (IESPP) e 22 indivíduos resilientes que haviam sido expostos a um evento traumático maior na vida adulta (de acordo com a definição do DSM-IV) (86,4% mulheres, idade 46.44 média). Os participantes foram avaliados utilizando o Questionário de Estilo Defensivo (DSQ), o Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e a Escala de Experiências Dissociativas (DES). Os níveis séricos de BDNF foram medidos utilizando um método ELISA-sandwich. Os participantes foram separados em quatro grupos (resilientes, pacientes de PP com transtornos de humor, pacientes de PP sem diagnóstico em eixo I e pacientes de PP com outros diagnósticos que não transtornos de humor). *Resultados:* Os pacientes de PP tinham experimentado mais eventos traumáticos na infância, maior utilização das defesas imaturas, menor utilização de defesas maduras e maior ocorrência de experiências dissociativas em comparação com os indivíduos resilientes. Os indivíduos resilientes apresentaram níveis significativamente mais baixos de BDNF quando comparado com pacientes de PP, principalmente com aqueles que não tinham transtornos afetivos. Além disso, o BDNF foi negativamente correlacionado com as defesas de supressão, antecipação e com o fator maduro. *Conclusão:* Esses resultados estão em concordância com estudos anteriores, contribuindo para a confirmação da hipótese de que os indivíduos resilientes têm um funcionamento psicobiológico diferente e complexo.

Palavras-chave: Resiliência, estilo defensivo, psicoterapia psicodinâmica, BDNF.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se a hipótese de que o impacto de experiências precoces na formação da personalidade até a vida adulta acontece através tanto de mecanismos psicológicos quanto biológicos. Em concordância com a literatura este estudo encontrou relação das experiências precoces com estado de saúde ou doença na vida adulta, evidenciando que os traumas na infância contribuem para a propensão a psicopatologia, para um maior sofrimento emocional, empobrecimento do ego, manifestado no uso das defesas imaturas e tendência à dissociação, maiores entre os pacientes com indicação de PP. (van Der Kolk et al, 1996; Irwin, 1999; MacMillan et al, 2001; Thompson et al, 2003; Russ et al, 2003; Finzi-Dottan & Karu, 2006; Zavaschi et al, 2006; Roy et al, 2007).

O estudo concomitante em indivíduos resilientes é útil para a visualização de um *continuum* saúde-doença, em que se confirmam achados anteriores de que indivíduos resilientes usam mais defesas maduras, menos imaturas e tendem a fazer menos dissociação do que os pacientes, preservando assim o funcionamento psíquico, reduzindo em última análise o sofrimento emocional. (Zanarini et al, 2000). De acordo com a literatura que não afirma que a ausência de doença seja um bom indicador de resiliência (G. Vaillant & C. Vaillant, 1990), o diagnóstico dos pacientes não foi considerado nas correlações e sim seus estilos de defesa, sendo a tendência à dissociação relacionada positivamente ao uso de defesas imaturas, em que 14% do aumento dos escores da DES podem ser atribuídos ao fator imaturo. Esses achados corroboram os de Simeon et al (2007), que afirmou que os traumas primitivos podem ser considerados indicadores de baixa resiliência, e ainda com os de Vaillant (1990), que estabeleceu o uso de defesas maduras como um bom indicador de resiliência.

De acordo com este estudo, os pacientes com indicação de PP, que estão geralmente sob estresse emocional agudo, apresentaram níveis mais elevados de BDNF do que indivíduos

resilientes, o que poderia apoiar a hipótese de que o BDNF está relacionado com a resposta ao estresse agudo (Hauck et al., 2009; Faure et al., 2007). Outro achado interessante é que o grupo resiliente tinha apresentado menos exposição traumática na infância, menor tendência à dissociação, um menor uso de defesas imaturas e uma maior utilização das defesas maduras e, além disso, as defesas maduras foram inversamente correlacionadas com os níveis de BDNF, o que pode reforçar a idéia de que o uso de maduras defesas, como um bom indicador de resiliência, pode ser um recurso importante para evitar o impacto do estresse, representado pelos níveis de BDNF.

Em outro estudo em andamento do nosso grupo foram encontradas interessantes alterações nos níveis de BDNF após 06 e 12 meses de tratamento PP, como os níveis mais elevados de BDNF em pacientes de PP sem diagnóstico de eixo I e em pacientes de PP com transtornos de ansiedade e níveis inferiores em pacientes de PP com transtornos afetivos, esses últimos tendo se elevado após o tratamento de PP (Schaf, 2011). Considerando esses achados em conjunto com os achados do presente estudo, como a correlação inversa entre defesas maduras e níveis BDNF, um melhor perfil psicológico e menores níveis BDNF no grupo resiliente, pode-se dizer que estas conclusões podem refletir a forma como o cérebro desses indivíduos lida com o estresse. Também se pode pensar que as defesas maduras podem representar um funcionamento psicológico mais adaptado, fornecendo um tipo de filtro ao estresse ambiental, incluindo não apenas experiências traumáticas, mas também relações interpessoais estressantes. Este filtro pode impedir o impacto do estresse no funcionamento biológico. Seguindo esta hipótese, um nível mais elevado de BDNF em pacientes de PP poderia representar uma tentativa biológica para lidar com o estresse na ausência de habilidades suficientes de enfrentamento. Ao mesmo tempo, é possível que os indivíduos resilientes tenham níveis BDNF ainda menores do que a população em geral, o que necessita de mais estudos para ser concluído.

O grupo de pacientes de PP sem diagnóstico em eixo I aproximou-se do grupo de indivíduos resilientes no que diz respeito à utilização de defesas maduras, enquanto pacientes

com algum diagnóstico de eixo I estavam na outra extremidade. Mesmo sendo quase igualmente expostos a traumas da infância, os pacientes de PP sem diagnóstico usaram mais defesas maduras do que aqueles que tinham algum diagnóstico. Esta constatação reforça a idéia de uma continuidade entre a capacidade plena à adaptação e o desenvolvimento de sintomas e transtornos psiquiátricos. Pode-se dizer que o indivíduo encontrar-se-á entre estas extremidades de acordo com sua capacidade de resiliência e utilização das defesas maduras.

Resultados prévios relacionaram os traumas na infância com os níveis de BDNF em adultos (Kauer-Sant'Anna, 2007; Grassi-Oliveira, 2008), mas este estudo não encontrou esta correlação. A heterogeneidade da amostra deve ser levada em conta neste caso, tendo em vista os diferentes diagnósticos, os diferentes níveis de gravidade e uso de diferentes medicações, o que pode influenciar nos resultados do BDNF ou na sua relação com os traumas infantis. Novos estudos ainda são necessários para ampliar a compreensão da participação do BDNF no mecanismo de reação ao estresse agudo ou precoce ao longo da vida.

Não foi detectada correlação dos traumas na infância (escore total da CTQ) com a tendência à dissociação como se esperaria, considerando a teoria de que a dissociação possa ser considerada um estilo de defesa primitivo (Simeon, Nelson, Elias, Greenberg & Hollander, 2003; Simeon, Yehuda, Knutelska & Schmeidler 2008). Entretanto o domínio do abuso emocional mostrou-se associado aos escores da DES, o que sugere uma relação, pois foi também o domínio mais fortemente associado ao uso de defesas imaturas. Trata-se de uma associação com resultados controversos (Ross et al, 1990; Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Zweig-Frank & Paris, 1991), mas algo semelhante aconteceu com outros estudos em que, por exemplo, os escores totais da CTQ não se correlacionaram com a DES em uma amostra de pacientes com TPB, mas sim o domínio de negligência emocional (Simeon et al, 2003), ou ainda em que houve correlação apenas com o abuso sexual. (Irwin, 1994).

Em relação às defesas individualmente, evidenciou-se, ao contrário do que poderia ser esperado, maior uso de racionalização, uma defesa considerada imatura, em indivíduos

resilientes. Ela é definida no DSQ-40 pelos itens 4 e 16 (“Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço” e “Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim”) e parece estar de acordo, provavelmente em decorrência de aspectos culturais, com um funcionamento considerado mais adaptado do que o funcionamento dos pacientes que procuram o ambulatório de Psicoterapia Psicodinâmica do HCPA, pacientes estes geralmente com grande prejuízo funcional, quadros graves e com predomínio de sintomas depressivos. Segundo Blaya (2005), no Brasil, esta defesa seria mais bem alocada no fator maduro ao invés do fator imaturo como o é originalmente. Essa tendência parece ser verdade também na Dinamarca. (Cour, 2002).

Foi demonstrado também que os indivíduos resilientes usam mais a defesa da dissociação do que os pacientes e por outro lado apresentam menos experiências dissociativas. Faz-se necessária a correção de um possível mal-entendido. A defesa denominada dissociação consta no DSQ-40 relacionada aos itens 09 (“Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-Homem”) e 15 (“Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas”) e refere-se a enfrentamento de problemas, características de negação primitiva, otimismo exagerado, aspectos narcísicos e onipotentes, não correspondendo à dissociação como desintegração de processos mentais. Além disso, os pacientes que buscaram PP e receberam indicação de tratamento apresentavam sintomas depressivos importantes. A forte correlação da defesa da fantasia autística (itens 14 - “Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real” e 17 - “Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real”) com os escores da DES sugerem que esta seja a defesa que melhor expressa o fenômeno da dissociação dentro do DSQ-40, embora possivelmente o fenômeno da dissociação não esteja bem contemplado pelo instrumento em toda sua complexidade.

Nesse estudo não havia o objetivo específico de ampliar a compreensão em relação ao trauma adulto, utilizado nesse caso apenas como uma ferramenta para detecção e inclusão de indivíduos resilientes. Entretanto, o trauma na vida adulta também é reconhecido como um foco importante já bastante estudado e que segue necessitando de pesquisas futuras.

Constituem limitações deste trabalho o fato dos instrumentos serem auto-aplicáveis, em que se pode questionar sua fidedignidade considerando as influências e repercussões emocionais, por exemplo, ao se responder um questionário sobre os traumas na infância. Além disso, ainda é preciso ter consciência do viés de memória inerente a um questionário retrospectivo e de que os próprios instrumentos têm suas limitações também. O DSQ é o instrumento mais utilizado para estudar as defesas emocionais, mas ele só pode acessar os derivados conscientes das defesas inconscientes, assim só pode medir indiretamente os mecanismos de defesa, que são por sua natureza, usados inconscientemente. A não inclusão de instrumentos de medida objetiva de algumas variáveis também pode ser considerada uma limitação. A possibilidade de ampliar o número de participantes, bem como de dividir em grupos mais homogêneos em suas características poderiam ser importantes estratégias para estudos futuros, com o intuito de reduzir vieses possíveis neste estudo. Mesmo assim, estes resultados contribuem para a discussão da interação psiconeurobiológica necessária na compreensão dos seres humanos, bem como para estimular novas pesquisas sobre a importante influência das experiências precoces no funcionamento mental e emocional dos adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, E. A. (2011). *Criação de aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
2. American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Artmed.
3. Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4),246-256.
4. Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry*, 19, 51-62.
5. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, et al. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 618-89.
6. Bazak, N., N. Kozlovsky, et al. (2009). Pre-pubertal stress exposure affects adult behavioral response in association with changes in circulating corticosterone and brain-derived neurotrophic factor. *Psychoneuroendocrinology*, 34,844-58.
7. Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report. San Antonio: The psychological corporation.
8. Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl*,27(2):169-190.
9. Bion, W. (1959). Attacks on linking, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.40: Reprinted in *Second Thoughts* (1967).
10. Bion, W. (1962). A theory of thinking, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.43: Reprinted in *Second Thoughts* (1967).
11. Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L.H., Bond, M. (2004). Brazilian-Portuguese version of the defense style questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr*,26,255-258.
12. Blaya, C. (2005). Tradução, adaptação e validação do defensive style questionnaire (DSQ-40) para o português brasileiro. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

13. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr*, 28, 179-183.
14. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Manfro, G.G., Bond, M. (2007). Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res*, 17(3), 261-270.
15. Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 333-338.
16. Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*, 12(5), 263-278.
17. Bowlby J. (1989). As origens do apego. In: *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 33-47.
18. Briere J, Elliott DM. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1205–1222.
19. Brodsky, B. S., Cloitre, M., Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788–1792.
20. Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York: Guilford Press.
21. Carlson, E.B., Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-26.
22. Carrol, B.J., Schroeder, K., Mukhopadhyay, S., Greden, J.F., Feinberg, M., Ritchie, J. & Tarika, J. (1980). Plasma dexamethasone concentrations and cortisol suppression response in patients with endogenous depression. *The J of Clin Endocri & Metab*, 51, 433-437.
23. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297 (5582), 851-4.
24. Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*, 161, 195–216.
25. Cour, P.L. (2002). Psychological defenses of Danish medical students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 22-26.
26. Cunha, A.B., Frey, B.N., Andreatza, A.C., Goi, J.D., Rosa, A.R., Gonçalves, C.A., Santin, A., Kapczinski, F. (2006). Serum brain-derived neurotrophic factor is decreased in bipolar disorder during depressive and manic episodes. *Neurosci Lett*, 398(3), 215-219.

27. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*, 17, 1-23.
28. Danese, A and McEwan, BS. (2012). *Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load and age-related disease*. *Physiology & Behavior*, 106, 29 – 39.
29. Doyle C. (2001). Surviving and coping with emotional abuse in childhood. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 387–402.
30. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30, 25-36.
31. Eizirik, C.L. (2006). Psicanálise e pesquisa. (Editorial). *Rev Bras Psiquiatr*, 28, 171-2.
32. Eizirik, C.L. (2008). Distintos Cenários, a mesma psicoterapia? (Editorial a convite). *Rev Bras Psicoter*, 10 (2), 153-158.
33. Eizirik, C.L.; Hauck, S. (2008). Psicanálise e Psicoterapia de Orientação Analítica. In: Cordioli, A.V.C. *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 3. ed. p.151-166- Porto Alegre: Artmed.
34. Eizirik, M., Mondrzac, V.S. (2006). Psicoterapia de orientação analítica em pacientes adultos vítimas de violência sexual na infância. *Rev Bras Psicoter*, 8, 246-258.
35. Enns MW, Cox BJ, Clara I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 32, 997-1008.
36. Feder, A., E. J. Nestler, et al. (2009). "Psychobiology and molecular genetics of resilience." *Nat Rev Neurosci*, 10, 446-57.
37. Finzi-Dottan, R., Karu, T. (2006). From child abuse to adult symptoms: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *The Joul NervMent Dis*, 194(8), 616 - 621.
38. Fish, E.W., Shahrokh, D., Bagot, R., Caldji, C., Bredy, T., Szyf, M. (2004). Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Ann N Y Acad Sci*, 1036, 167-180.
39. Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredib, C., Figueira, I. (2004). A adaptação transcultural para o português do instrumento dissociative experiences scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 164-173.
40. Fonagy P, Target M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol*. 1997;9(4):679-700.
41. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press; 2002.
42. Fonagy P. (2003). Psychoanalysis today. *World Psychiatry*, 2, 73-80.

43. Freud, A. (1936). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, Inc.
44. Freud, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In Freud, S. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. v.3. (pp 115-132). Rio de Janeiro: Imago.
45. Freud S. (1893-1895). Estudos sobre histeria. In Freud, S. *Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* v.2. (pp 13-59). Rio de Janeiro: Imago.
46. Freud, S. (1915). Thoughts for the times on war and death. In Freud, S. *Standard edition*. v.14. (pp 273-301). London: Hogarth Press.
47. Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia, S. *Standard edition*. v.14. (pp 243-258). London: Hogarth Press.
48. Freud S. (1923). Dois Verbetes de Enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago.
49. Gabbard GO. (2000). A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry*, 177, 117-22.
50. Gabbard GO. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
51. Gabbard. G.O. Será possível integrar a psicanálise e a pesquisa clínica no futuro? (Editorial). (2007). *Rev Psiquiatr RS*, 29, 17-18.
52. Garland C. (2003). Action, identification and thought in post-traumatic states. In Garland, C. *Understanding Trauma – a psychoanalytical approach*. London: Karnac. (Tavistock Clinic).
53. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, et al. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186:121–5.
54. Goodwin, R.D., Hoven, C.W., Murison, R., Hotopf, M. (2003). Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health*, 93, 1065–1067.
55. Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do childhood trauma questionnaire. *Rev Saúde Pública*, 40(2), 249-255.
56. Grassi-Oliveira, R., M. Ashy, et al. (2008a). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Rev Bras Psiquiatr*, 30, 60-68.
57. Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., Lopes, R.P., Teixeira, A.L., Bauer, M.E. (2008b). Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are associated with verbal memory impairment in major depression: A preliminary report. *Biol Psych*, 64, 281-85.
58. Guerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bertacca, S. (2004). Substance use among high-school students: relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Subst Use Misuse*, 39(2), 345-367.

59. Hancock, S. D., Menard, J. L., Olmstead, M.C. (2005). Variations in maternal care influence vulnerability to stress-induced binge eating in female rats. *Physiol Behav*, 85(4), 430-439.
60. Hauck, S., Gomes, F.G., Cervieri, A. et al. (2006). Desenvolvimento do instrumento para avaliação da indicação da psicoterapia psicanalítica: modelagem da equação estrutural. *Rev Bras Psicoter*, 8 (2/3), 155-70.
61. Hauck, S., S. Schestatsky, et al. (2007). "Parental Bonding and Emotional Response to trauma: a study of rape victims." *Psychotherapy Research* 17(1): 83-90.
62. Hauck, S., Gomes, F., Silveira, E.M. Jr., Almeida, E., Possa, M., Ceitlin, L.H.F. (2009). Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in acute and posttraumatic stress disorder: a case report study. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(1), 48-51.
63. Hauck, S., Kapczinski, F., Roesler, R., Silveira, Jr. E.M., Magalhães, P., Kruehl, L.R., et al. (2010). Serum brain-derived Neurotrophic factor in patients with trauma psychopathology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 34, 459-462.
64. Heim, C., Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023–1039.
65. Hersoug, A.G., Sexton, H.C., Hoglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother*, 56, 539-552.
66. Hersoug, A.G., Hoglend, P., Bogwald, K. (2004). Is there an optimal adjustment of interpretation to the patients' level of defensive functioning? *Am J Psychother*, 58, 349-361.
67. Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Fearon, R.P., Hunter, E.C.M., Frasquilho, F., Oakley, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
68. Hyman, SE. (2009). *How adversity gets under skin*. *Nature Neuroscience*, 12 (3), 241 – 43.
69. Irwin, H.J. (1994a). Affective predictors of dissociation: The case of unresolved grief. *Dissociation*, 7, 86–91.
70. Irwin, H.J. (1994b). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456– 460.
71. Irwin, H.J. (1995). Affective predictors of dissociation, III: Affect and balance. *J Clin Psychol*, 129, 463–467.
72. Irwin, H.J. (1996). Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child Abuse & Neglect*, 20, 701–707.
73. Irwin, H.J. (1998). Dissociative tendencies and the sitting duck: Are self-reports of dissociation and victimization symptomatic of neuroticism? *J of Clin Psychol*, 54, 1005–1015.

74. Irwin, H.J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 130, 157–164.
75. Jang, K.L.; Paris, J.; Zweig-Frank, H.; Livesley, W.J. (1998). Twin Study of Dissociative Experience. *J Nerv Ment Dis*, 186, 345-351.
76. Kapczinski F, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Grassi-Oliveira R. (2008). Brain-derived neurotrophic factor and neuroplasticity in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother*, 8, 1101-1113.
77. Karlamangla, A. S., B. H. Singer, et al. (2002). Allostatic load as a predictor of functional decline. MacArthur studies of successful aging. *J Clin Epidemiol* 55(7): 696-710.
78. Kauer-Sant'Anna, M., Tramontina, J. (2007). Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disord*, 9(Suppl. 1), 128-35.
79. Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F, Andreazza AC, Bond DJ, Lam RW, Uoung T, et al. (2008). Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early- vs. late-stage bipolar disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 11, 01-12.
80. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 789-96.
81. Kipper, L.C., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., Manfro, G.G. (2004). Brazilian patients with panic disorder: Use of defense mechanisms and their associations with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 58-64.
82. Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., Manfro, G.G. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder before and after treatment. *J Nerv Ment Dis*, 193, 619–624.
83. Klein, M. (1926). Princípios Psicológicos del Analisis Infantil. In: *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós Hormes.
84. Klein, M. (1946-1963). *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.
85. Knijnik, D.Z., Kapczinski, F.P., Chachamovich, E., Margis, R., Eizirik, C.L. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Rev Bras Psiquiatr*, 26, 77-81.
86. Knijnik, D.Z., Blanco, C., Salum, G.A., Moraes, C., Mombach, C., Almeida, E., Pereira, M., Strapasson, A., Manfro, G.G., Eizirik, C.L. (2008). A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *Eur Psychiatry*, 23, 567–574.
87. Knijnik, DZ, Salum, GA, Blanco, C, Moraes, C, Hauck, S, Mombach, C, Strapasson, ACP, Manfro, GG, Eizirik, CL (2009). Defense style changes with the addition of psychodynamic group therapy to Clonazepam in social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*, 197, 547–551.

88. Krishnan, V., Han, M. H. et al. (2007). Molecular adaptations underlying susceptibility and resistance to social defeat in brain reward regions. *Cell*, *131*(2), 391-404.
89. Lang, U.E., Hellweg, R., Seifert, F., Schubert, F., Gallinat, J. (2007). Correlation between serum Brain-Derived Neurotrophic Factor level and an in vivo marker of cortical integrity. *Biological Psychiatry*, *62*, 530-535.
90. Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1971). *Diccionario de Psicanalisis*. Espanha: Labor.
91. Leichsenring, F, Rabung, S, Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatry disorders: A meta-analysis. *Arch Gen Psych*, *61*, 1208 –16.
92. Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *Int J Psychoanal*, *86*, 841– 868.
93. Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., Leibing, E. (2006), Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy and indications. *Am J Psychother*, *60*, 233–259.
94. Leichsenring, F., Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Clin Psychol Psychother*,*80*, 217–228.
95. Lewis AJ, Dennerstein M, Gibbs PM. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Aust N Z J Psychiatry*, *42*, 445-55.
96. Liu, D., J. Diorio, et al. (1997). "Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress." *Science* **277**(5332): 1659-62.
97. MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., Duku, E.K., Walsh, C.A., Wong, M.Y-Y., Beardslee, W.R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, *158*, 1878–1883.
98. Mari, J.J.; Williams, P. (1986). Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Diseases*, (39), 371–378.
99. Marucco, N. C. (2005). Aspectos Psicanalíticos das Situações Traumáticas. In Eizirik, C.L., Aguiar, R.W. e Schestatsky, S.S. *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos*. (2ª edição). São Paulo: Artmed.
100. Meaney, M. J. and M. Szyf (2005). "Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity?" *Trends Neurosci* **28**(9): 456-63.
101. Negro Junior, P.J., Negro, P.P., Louza, M.R. (1999). Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. *Ver. Bras. Psiquiatr*, *21*.
102. Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*, *65*(Supl.1), 18-28.

103. Newport DJ, Heim C, Bonsall R, et al. (2004). Pituitary-adrenal responses to standard and low-dose dexamethasone suppression tests in adult survivors of child abuse. *Biological Psychiatry*, 55:10–20.
104. Otte, C., Neylan T.C., Pole, N., Metzler, T., Best, S., Henn-Haase, C., Yehuda, R., Marmar, C.R. (2005). Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits. *Biological Psychiatry*, 57 (1), 27–32.
105. Paivio SC. (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Child Abuse Neg*, 25, 1053-68.
106. Paivio SC, Cramer KM. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse Negl*, 28, 889-904.
107. Parillo KM, Freeman RC, Collier K, Young P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse and Neglect*, 25, 335–346.
108. Pearse, W.H. (1994). The commonwealth fund women’s health survey: selected results and comments. *Womens Health Issues*, 4, 38-47.
109. Perkins DF, Jones KR. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 28, 547–563.
110. Pinheiro, P.S. (2006). Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. *Sixty-first session of the United Nations General Assembly: Promotion and Protection of the Rights of the Child*. Retrieved October 11, 2006 from: <http://www.violencestudy.org/r25>
111. Pollock, C; Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 146, 1500-1502.
112. Post RM. (2007). Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *J Psychiatr Res*, 41, 979-990.
113. Price, J.L., Hinsenroth, M.J., Petretic-Jackson, P.A., Bonge, D. (2001). A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clin. Psychol Rev*, 21, 1095-1121.
114. Putnam, F. W. (1995). Traumatic stress and pathological dissociation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771, 708–715.
115. Rizzolatti, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol* 2005;210:419-21.
116. Roy, A., Hu, X.Z., Janal, M.N., Goldman, D. (2007). Interaction between childhood trauma and serotonin transporter gene variation in suicide. *Neuropsychopharmacology*, 32, 2046–2052.

117. Ross, C.A., Joshi, S., Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry*, 147, 1547-1552.
118. Russ, E., Heim, A., Westen, D. (2003). Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Pers Disord*, 17(6), 522-536.
119. Sanders, B., Giolas, M.H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry*, 148, 50-54.
120. Schaf, D.V. (2011). *Estudo de fatores psicodinâmicos e neurobiológicos em psicoterapia psicodinâmica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
121. Segal, H. (1991). Notas sobre a formação de símbolos. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 1: Artigos predominantemente teóricos* (pp. 167-184). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955.)
122. Serralta, F.B., Pole, N., Nunes, M.L.T., Eizirik, C.L. & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20, 564-575.
123. Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*, 65, 98-109.
124. Simeon, D, Nelson, D, Elias, R, Greenberg, J, Hollander, E (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr*, 8, 755-762.
125. Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F.W., Smith, L.M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1149-1152.
126. Simeon, D., Yehuda, R., Knutelska, M., Schmeidler, J. (2008). Dissociation versus posttraumatic stress: Cortisol and physiological correlates in adults highly exposed to the World Trade Center attack on 9/11. *Psychiatry research*, 161, 325-329.
127. Spinhoven, P., Kooiman, C.G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(2), 87-94.
128. Steel JL, Herlitz CA. (2005). The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: a random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1141-1153.
129. Stein, MB, Jang, KL, et al. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psych*, 159, 1675-81.
130. Strick, F.L., Wilcoxon, S.A. (1991). A comparison of dissociative experiences in adult female outpatients with and without histories of incestuous abuse. *Dissociation*, 4, 193-199.
131. Tapia-Arancibia L, Rage F, Givalois L, Arancibia S. (2004). Physiology of BDNF: focus on hypothalamic function. *Front Neuroendocrinol*, 25(2), 77-107.

132. Thompson, K.M., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, S. (2003). Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J. Trauma Stress, 16*(1), 35-38.
133. Vaillant, G.E. (1934). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
134. Vaillant, G.E. (1976). Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry, 33*, 535-545.
135. Vaillant, G.E., Bond, M., Vaillant, C.O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry, 43*, 786-794.
136. Vaillant, G.E., Vaillant, C.O. (1990). Natural history of male psychological health: XII. A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am. J. Psychiatry, 147*, 31–37.
137. Vaillant G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *Am Psychol, 55*, 89-98.
138. Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *Am. J. Psychiatry, 160*, 1373–1384.
139. Van Der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry, 153*(suppl), 83-93.
140. Van Henricus L, Dekker J, Abraham RE, Schoevers R. (2009). Predictive value of self-reported and observer-rated defense style in depression treatment. *Am J Psychother, 63*, 25-39.
141. Winnicott, D. W. (1988). *Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise*. (3ª ed., pp. 437-58). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
142. Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. (2001). Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: A case-control study. *Lancet, 358*, 881–7.
143. Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry, 65*(Suppl.1), 29-36.
144. Yehuda, R., S. M. Engel, et al. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab, 90*, 4115-8.
145. Yehuda, R., A. Morris, et al. (2007). Ten-year follow-up study of cortisol levels in aging holocaust survivors with and without PTSD. *J Trauma Stress, 20*, 757-61.
146. Zanarini MC, Frankenburg FR, Gunderson JG. (2000). Fatores de risco associados com as experiências dissociativas de pacientes borderline. *J Ment Dis Ner, 188*, 26-30.
147. Zavaschi, M.L., Graeff, M.E., Menegassi, M.T., Mardini, V., Pires, D.W., Carvalho, R.H., Rohde, L.A., and Eizirik, C.L. (2006). *Rev Bras Psiquiatr, 28*(3), 184-90.

148. Zweig-Frank, H., Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 148, 648–651.

ANEXOS

1. Projeto de Pesquisa
2. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa
3. Termos de Consentimento Informado
4. Protocolo de Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica e IESPP (Instrument of Evaluation of Suitability to Psychodynamic Psychotherapy)
5. Protocolo da avaliação de indivíduos resilientes
6. CTQ
7. DSQ-40
8. DES
9. Detalhes Metodológicos – Dosagem do BDNF

ANEXO 1 – Projeto de Pesquisa

Obs: os anexos já apresentados na dissertação foram omitidos ao final do projeto para evitar desnecessária repetição.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

Associação entre Trauma na Infância e Estilo Defensivo no Adulto.

Autores: Julia Domingues Goi

Dra. Kariny Larissa Cordini

Dra. Simone Hauck

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

LOCAL DE ORIGEM:

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Psicoterapia Psicanalítica

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da UFRGS: Psiquiatria

LOCAL DE REALIZAÇÃO:

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Psicoterapia Psicanalítica

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência: Julia Domingues Goi
Rua Ramiro Barcelos, 2350
CEP: 90035-903
Porto Alegre-RS
Fone: (51) 3359-8439, (51) 81082940

1. Introdução

A palavra trauma vem do grego, onde significa o rompimento da pele, do envelope do corpo. Freud usou a palavra trauma metaforicamente para enfatizar como a mente pode ser “ferida” e ficar com cicatrizes, a partir de um evento traumático. Ele entendia que a mente possuía uma espécie de escudo protetor que consistiria em um filtro altamente sensível a eventos externos, ignorando e diminuindo a intensidade de vários estímulos, a fim de manter o equilíbrio psíquico e a capacidade de interagir com o mundo. Nesse sentido, um evento traumático seria um excesso de estímulo semelhante que a mente não pode filtrar ou negar temporariamente, ocasionando uma desorganização em seu funcionamento¹. A partir dos conceitos introduzidos por Melanie Klein, o desenvolvimento psíquico e a personalidade do indivíduo passaram a ser entendidos como fruto das relações de objeto precoces². Ou seja, a maneira como o indivíduo percebe a realidade e a si mesmo depende das relações que estabeleceu na infância com seus cuidadores e outras pessoas significativas. Esses modelos de relacionamento são internalizados e ficam “povoando o mundo interno do indivíduo”, servindo de modelo para todas as relações futuras com o mundo externo. A maneira como o indivíduo vai vivenciar e “metabolizar” o evento traumático dependerá de como ele será interpretado pelo seu mundo interno. Os adultos, a partir das vivências infantis, poderão trazer consigo essa sensação de segurança e capacidade e sentirem-se aptos a cuidar de si mesmos (senso de autonomia). Outros, por falhas no seu desenvolvimento irão sentir-se inseguros ou ainda, por motivos complexos diversos, buscarão situações de risco. No entanto, mesmo no caso do indivíduo “normal”, com seu senso de autonomia preservado e predominância de bons objetos, alguns eventos (traumas) serão graves o bastante para desestruturar o indivíduo, mesmo além da confusão e choque que podemos observar de fora. O trauma vai de encontro ao seu conceito mais interno de realidade que passa a ser percebida como violenta e ameaçadora. É como se os bons objetos tivessem falhado em protegê-las dos maus objetos, que ressurgem como ameaçadores de um mundo antes percebido como bom e previsível. Impulsos e ansiedades primitivas ficam vívidos e intensos, resultando em uma sensação de risco eminente. A organização defensiva é desestruturada e então o indivíduo sente-se permanentemente em risco e desprotegido. A realidade confirmou seus medos mais primitivos e a “mãe-cuidadora” que vivia em seu mundo interno não pôde protegê-lo. Como se estruturará a sua personalidade, a partir de então, dependerá de como ele processará o evento em seu mundo interno. Esse processo de buscar no passado, no mundo interno, fantasias que de alguma forma correspondam ao trauma é uma tentativa de dar sentido ao que não faz sentido, de processar o trauma, de tentar reacomodar o mundo interno. O fato é que nesse

processo inevitavelmente o evento atual fica cheio de significados fantasiados a partir do passado, muitas vezes significados perturbadores. Essa ligação inconsciente presente-passado tem grande responsabilidade na dificuldade de tratamento das conseqüências do trauma³.

É sabido que experiências precoces infantis determinam o desenvolvimento da personalidade no adulto. A partir da análise de crianças, Klein introduziu a idéia de que as relações do bebê com seus objetos existiriam desde o nascimento e constituiriam a base da vida mental⁴. Para ela, as relações com os cuidadores no início da vida seriam a pedra angular da vida mental. Surge a idéia de que a mente é povoada por modelos de relações com o outro e consigo, que são construídos desde o nascimento e reconstruídos ao longo da vida, a partir das projeções e introjeções de impulsos amorosos e agressivos⁵. Vivências mais adequadas na infância proporcionam o desenvolvimento de defesas psicológicas mais maduras, permitindo assim um melhor padrão adaptativo de personalidade, uma melhor qualidade nos relacionamentos interpessoais e um melhor desenvolvimento cognitivo⁶. De acordo com Russ et al (2003), a rejeição materna na infância está significativamente associada ao desenvolvimento de Transtorno de Personalidade Borderline. Assim como falta de cuidado parental e a superproteção durante a infância estão relacionadas ao desenvolvimento da personalidade antissocial e do uso de drogas⁷⁻⁹.

Vários estudos demonstram que traumas infantil tais como negligência, violências emocionais, físicas ou sexuais, carências, entre outros interferem sobremaneira na forma como essas crianças desenvolver-se-ão. Maus-tratos na infância são sabidamente associados com uma variedade de efeitos prejudiciais para a saúde e para o funcionamento social^{10,11}. Recentemente, as Nações Unidas publicaram os resultados do primeiro estudo compreensivo global sobre a violência contra a criança¹², com a participação de 131 países. Abuso sexual está isoladamente relacionado com comportamento sexual de risco na população geral¹³, com o comportamento sexual de risco para HIV entre mulheres adultas¹⁴ e com o uso de drogas entre jovens^{15,16}. Maus-tratos na infância também são considerados fatores de risco que predispõe a comportamento suicida na idade adulta¹⁷. Muitos estudos clínicos mostraram que negligência e abuso físico, sexual e emocional na infância estão associados com tentativas de suicídio em adultos¹⁸. Estudos sugerem que o abuso sexual na infância pode agir via eixo hipotálamo-hipófise-adrenal para mediar a vulnerabilidade a Depressão e ao TEPT¹⁹⁻²¹ e que o trauma infantil relaciona-se não só com a vulnerabilidade aos transtornos de humor, como também ao impacto no curso e prognóstico deste²². Além disso, aumenta a comorbidade com abuso e dependência de substâncias, frequência dos episódios, tentativas de suicídio ao longo da vida e como início mais precoce de Transtorno Afetivo Bipolar²². Hauck e cols. evidenciaram que mulheres com vínculo

parental de pior qualidade na infância tiveram mais sintomas de TEPT e prejuízo funcional após estupro na vida adulta, mesmo controlando para doença psiquiátrica prévia e qualidade da rede de apoio²³. Os estudos também mostram associação da história de maus-tratos na infância com problemas psiquiátricos como depressão e ansiedade²⁴⁻²⁷ e não-psiquiátricos como cefaléia²⁸, síndrome do intestino irritável²⁹, fibromialgia e outros tipos de dor crônica^{30,31}.

Um estudo populacional mostrou que, apesar de uma média de 30% das pacientes investigadas terem sido vítimas de abuso sexual, físico ou emocional na infância, apenas 21% destas haviam falado sobre isso com algum médico³². Tal achado contribui ao conhecimento de que, apesar da alta prevalência e dos efeitos deletérios associados ao abuso, a história do trauma permanece escondida da maioria dos profissionais da saúde³³. Thompson et al. comparou grupos de mulheres vítimas de violência sexual na infância e na idade adulta com um grupo controle e encontrou um índice de psicopatologia significativamente maior nos grupos de mulheres abusadas³⁴. Prince acrescenta associação com ideação suicida, abuso de substâncias e dificuldades parentais³⁵.

Sabem-se das graves repercussões que a violência sexual na infância pode ocasionar na vida adulta destes pacientes, como transtornos de ansiedade e depressão, baixa auto-estima, problemas nos relacionamentos interpessoais, disfunções sexuais e re-traumatizações; fica evidenciada a importância do conhecimento por parte dos profissionais da saúde a respeito destes traumas, através de uma atitude que possibilite aos pacientes o relato de tais experiências, pela possível e necessária ajuda que um tratamento pode ocasionar a estas pessoas³⁶.

Com o surgimento da psicanálise, no início do século XX, tornou-se importante a compreensão psicodinamicamente orientada do funcionamento mental e de seus transtornos, baseada na existência do inconsciente e dos mecanismos de repressão e repetição dos conflitos. Uma grande variedade de tratamentos foi desenvolvida desde então para o tratamento das psicopatologias e distúrbios de natureza emocional. No entanto, a terapia analítica se caracteriza por buscar ampliar a capacidade da mente e as possibilidades de escolha do indivíduo, além da melhora dos sintomas. Independente da forma e do conteúdo das apresentações clínicas e culturais deste momento, a evidência que podemos constatar a cada dia é que os elementos fundamentais da psicanálise, descritos por Freud e desenvolvidos principalmente por Melanie Klein, Bion, Winnicott, Lacan, continuam a ser observados em qualquer contexto clínico; o inconsciente, a sexualidade infantil, a transferência, a contratransferência, a resistência, as oscilações entre diferentes estados mentais, a capacidade de transformação estão aí para quem tem olhos para ver e ouvidos para ouvir³⁷.

Apesar da extensa experiência clínica validar plenamente o método, estudos controlados com técnicas analíticas são ainda incipientes⁵. Por definição, a psicanálise em si é uma ciência com métodos próprios de investigação. Desde seus anos iniciais, a psicanálise inclui a pesquisa em sua própria definição, pois com tal nome Freud propunha designar “1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro método; 2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos; e 3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas e que, gradualmente, se acumulam numa nova disciplina científica”³⁸. Na essência mesma do método psicanalítico está a noção de que tratamento e investigação são concomitantes, pois o curso de um processo analítico tem como parte central a idéia de que se trata de um procedimento em que analista e paciente estudam, de forma compartilhada, as expressões, os significados e as rotas históricas que produzem o sofrimento psíquico atual deste³⁹. No entanto, em um contexto em que busca por evidências tornou-se central na escolha de terapêuticas, principalmente como advento dos planos de saúde privados e da assistência pública, a inclusão de metodologias de pesquisa que não faziam parte do método analítico tornou-se necessária⁵. Como ocorre com as demais disciplinas científicas, a psicanálise necessita da pesquisa para continuar produzindo conhecimento, não se estagnar em fórmulas repetitivas e encontrar sempre novas formas de diálogo com outros saberes³⁹. Podemos ainda diferenciar a pesquisa psicanalítica propriamente dita, ou seja, aquela que é efetuada com o método psicanalítico em si, dentro da sessão ou do processo analítico, e a pesquisa em psicanálise, ou seja, aquela que usa conceitos psicanalíticos e os diferentes métodos de investigação para testá-los ou aplicá-los em outros cenários clínicos ou teóricos. Exemplos incluem estudos sobre processo e resultados das psicoterapias psicanalíticas, relações entre trauma infantil e doença mental na vida adulta, contratransferência e sua relevância para a prática psicoterápica e sua supervisão – para citar apenas alguns³⁹.

Em seus trabalhos, Eizirik comenta “na medida em que visualizo a psicanálise como uma obra em construção⁴⁰, destacarei as áreas em que uma construção conjunta poderá ser mutuamente benéfica”. E acrescenta “a psicanálise tem sido uma das ciências básicas da psiquiatria, ou seja, uma das disciplinas que fundamentam a compreensão do funcionamento psíquico normal, das diferentes expressões da psicopatologia e dos meios através dos quais a ação terapêutica de nossas diferentes intervenções pode ter efeitos positivos, inócuos ou iatrogênicos”⁴¹. Nossa tarefa é insistir em um entendimento integrador do ser humano. De fato, há uma sinergia da neurociência e do pensamento psicanalítico. Muitos dos princípios da teoria psicanalítica estão sendo esclarecidos e confirmados pela pesquisa em neurociência⁴². Experiências precoces na infância dão a impressão de desligar alguns genes e ligar outros. O

transtorno de personalidade anti-social é um ótimo exemplo. Em um estudo prospectivo em Dunedin, Nova Zelândia, Caspi et al. seguiram uma coorte de nascimento de 1.037 crianças em intervalos regulares. Quase todas ainda estavam no estudo aos 26 anos de idade. Entre a idade de 3 e 11 anos, 8% sofreram maus tratos graves, 28% sofreram prováveis maus tratos e 64% não sofreram maus tratos. Os pesquisadores determinaram que um polimorfismo funcional no gene responsável pela enzima monoamina-oxidase A (MAO-A) que metaboliza neurotransmissores modera o efeito dos maus tratos. Homens com genótipo com baixa atividade de MAO-A que sofreram maus tratos na infância apresentaram escores anti-sociais elevados. Homens com alta atividade de MAO-A não apresentaram escores anti-sociais elevados, mesmo quando sofreram maus tratos na infância. Dos homens com genótipo com baixa atividade de MAO-A e maus tratos graves, 85% desenvolveram comportamento anti-social⁴³. Nem os genes nem o ambiente isoladamente foram suficientes – os dois tiveram que interagir entre si para produzir comportamento anti-social⁴².

Eventos traumáticos podem ou não deixar marcas no indivíduo, dependendo de seu significado para este indivíduo. Por exemplo, Kendler et al. demonstraram que eventos da vida podem desencadear episódios depressivos naqueles com vulnerabilidade genética⁴⁴. No entanto, eventos da vida com significados especiais ao indivíduo podem estar mais intimamente associados com o início de depressão maior. Em sua pesquisa, eventos com uma combinação de humilhação (em função de uma separação provocada por alguém significativo) e perda eram mais depressogênicos do que puros eventos de perda, como morte. Eventos de humilhação que diretamente desvalorizam o indivíduo no seu âmago estiveram fortemente associados ao risco de episódios depressivos. Portanto, os clínicos devem explorar os significados dos traumas, ao invés de meramente identificar sua presença⁴².

Enquanto entramos nesta nova era de ciência de ponta, devemos preservar o que sabemos sobre o que significa ser humano. O reducionismo de uma explicação puramente psicanalítica ou puramente biológica dos eventos humanos é tentador. Gostamos de simplificar as coisas. Porém, fazemos um desserviço a nossos pacientes quando não reconhecemos a sua complexidade⁴².

O crescimento repentino do conhecimento neurobiológico há algumas décadas, trouxe mais um novo ponto de vista para a compreensão da mente e dos transtornos psiquiátricos. Em decorrência dessas diversas tendências, diferentes modalidades terapêuticas foram criadas, tais como a psicofarmacologia e as diversas formas de psicoterapia. Apesar da crescente busca de uma integração dos conhecimentos advindos das diferentes áreas, que inclusive tem confirmado a validade de alguns dos conceitos psicanalíticos, fornecendo embasamento neurobiológico para sua compreensão, ainda encontramos com alguma frequência referências à mente e cérebro

como entidades separadas. Isso se deve, provavelmente, ao conhecimento disponível ainda ser incipiente para integrar amplamente ambos os conceitos, e à resistência de alguns autores das áreas específicas.

Atualmente, com o advento de técnicas bioquímicas, genéticas e de neuroimagem, alguns aspectos neurobiológicos dos transtornos psiquiátricos e dos tratamentos farmacológicos puderam ser elucidados. Porém, no que se refere aos aspectos mais sutis do funcionamento mental e às terapias psicodinâmicas, ainda há uma escassez de estudos. A isso pode se dever o declínio atual da busca pela psicoterapia psicanalítica e pela psicanálise⁴⁵⁻⁴⁹. Além disso, não há um consenso geral quanto aos critérios adequados de indicação, principalmente quando falamos em termos de saúde pública⁵⁰. A carência de estudos, por si só, não significa que a psicoterapia ou a psicanálise sejam ineficazes, o que falta são investimentos em pesquisas que possam promover o intercâmbio das diferentes áreas da ciência⁴⁵⁻⁴⁹.

Nas últimas décadas, diversos autores têm buscado realizar pesquisa sistemática com tratamentos psicanalíticos, bem como desenvolver instrumentos que permitam pesquisar, de forma mais objetiva, variáveis psicológicas envolvidas no processo terapêutico e em seus resultados. Estudos de eficácia controlados evidenciaram que, no tratamento de uma série de psicopatologias, a aplicação do modelo analítico em psicoterapias breves é, de modo geral, superior ao placebo e equiparável a outros modelos de psicoterapia como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal⁵¹⁻⁵³. Estudos de follow-up que acompanharam pacientes com transtorno de personalidade borderline, após tratamento de média a longa duração, demonstraram eficácia equiparável e, em alguns aspectos, superior a outros tipos de psicoterapia^{54,55}. Diversas meta-análises têm demonstrado a eficácia da psicoterapia psicodinâmica breve⁵⁶⁻⁵⁹.

O pior desfecho possível para a psiquiatria seria a fragmentação de um cérebro e de uma mente que não estão unidos – um dualismo cartesiano que leva nossos pacientes a erroneamente pensar que os dois não estão inextricavelmente ligados um ao outro. Outras falsas dicotomias incluem genes/ambiente e biológico/psicossocial⁶⁰.

Alguns autores argumentam, no entanto, que a validade de alguns dos construtos teóricos, e mesmo a efetividade do método psicanalítico, é ainda pouco estabelecida na literatura científica^{53,61}. Fonagy (2003) acredita que várias questões que ainda não foram respondidas adequadamente, como de que forma as terapias psicológicas atuam, provavelmente serão elucidadas pela pesquisa interdisciplinar, e que muitas das descobertas psicanalíticas sobre a mente serão feitas em conjunto e colaboração com a ciência biológica⁴⁷. Diversos estudos já sugeriram que o impacto da psicoterapia pode ser visto em alterações na atividade cerebral,

usando técnicas de imagem⁶²⁻⁶⁴. Estes estudos indicam que o tratamento psicoterápico poderia afetar significativamente vulnerabilidades tanto biológicas quanto psicológicas.

O papel dos fatores neurotróficos, especialmente o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), tem sido extensamente estudado. O BDNF é importante na regulação da plasticidade neuronal, neurogênese, resposta a injúrias cerebrais e conectividade sináptica no cérebro. A maioria das evidências está sendo obtidas através de uma metodologia bem estabelecida de preparação *in vitro* de porções de hipocampo^{65,66}.

Níveis mais baixos de BDNF têm sido encontrados em transtornos do humor⁶⁷⁻⁶⁹ e medicamentos psicotrópicos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina e estabilizadores de humor, parecem aumentar seus níveis^{70,71}. Shimizu (2003) em seu estudo mostrou que pacientes deprimidos tratados com antidepressivos tiveram aumento significativo dos níveis de BDNF séricos⁷².

Um outro estudo sugeriu que o estresse físico e/ou psicológico pode inibir a expressão do BDNF no hipocampo, o que pode ser relevante na patogênese de doenças relacionadas ao estresse como Depressão e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)⁷³. Esses achados estão relacionados a mecanismos apoptóticos, levando a morte celular no hipocampo (atrofia) induzida pelo estresse⁷³, o que pode explicar parcialmente a sintomatologia do TEPT, resultando em prejuízo de memória e aprendizado. Hauck et al. (2009) demonstraram que há aumento do BDNF na vigência de TEPT e Transtorno de Estresse Agudo (TEA) em humanos⁷⁴, levando a pensar em um mecanismo compensatório. De acordo com Tapia-Arancibia (2004), as neurotrofinas e, particularmente, o BDNF, podem ter uma função protetora contra dano neuronal através de estimulação do crescimento neuronal e reorganização sináptica, promovendo resiliência das células nervosas para lidar com situações estressantes⁷¹. Kauer-Sant'Anna et al. demonstraram níveis plasmáticos mais baixos em pacientes com Transtorno Bipolar com história de exposição a traumas na infância, controlado para outras variáveis, como condição do humor, levando a hipótese de que a exposição ao trauma tenha um efeito independente nos níveis de BDNF⁷⁵. Zavaschi comenta em um de seus trabalhos que dado o potencial destrutivo das doenças de humor para o indivíduo e a sociedade torna-se extremamente relevante o estudo da associação entre traumas na infância e transtornos de humor em adultos e conseguiu detectar importante associação entre diversos tipos de trauma com doenças de humor na idade adulta quando estudou pacientes de um país em desenvolvimento⁷⁶.

No entanto, além do estudo dos parâmetros neurobiológicos, para a compreensão global do funcionamento da mente humana é determinante o estudo de aspectos psicodinâmicos relacionados ao desenvolvimento do indivíduo e também o estudo da interação desses dois

aspectos; por exemplo, a investigação da associação entre experiências infantis e parâmetros biológicos e psicológicos e o impacto das diferentes intervenções nesses parâmetros. Sem entender o transtorno mental psicologicamente seria impossível compreender os caminhos sociais evidentes que o provocam. Pobreza, desemprego, incesto, indigência, desespero espiritual por violência e crueldade dos pais, métodos quase ilimitados que as pessoas podem encontrar de infligir miséria humana, todas essas ignomínias influenciam as expectativas das pessoas em relação aos outros, a confiança que elas podem ser capazes de sentir, sua raiva pela maneira como são tratadas, as formas complexas que todos nós encontramos para aprender a viver no contexto social que os sucessos ou infortúnios de nosso nascimento nos apresentaram. Afastarmo-nos da terapia pode significar tapar nossos ouvidos para essas angústias. Os psicoterapeutas chamaram a atenção para a prevalência e o impacto de longo prazo do abuso da criança. A psicoterapia deve ser contratada para tratar sentimentos, anseios, crenças, pensamentos e desejos resultantes do desespero⁷⁷.

Compreende-se, portanto, que o estudo isolado de parâmetros neurobiológicos ou psicodinâmicos nos tratamentos psicoterápicos não é suficiente para explicar todo o funcionamento da mente humana. Para tanto, é preciso compreender estes parâmetros como parte de um mesmo fenômeno, e assim estudá-los conjuntamente. Temos uma característica possivelmente muito rara no mundo atual: o convívio entre diferentes abordagens e, mais do que isto, o diálogo entre elas e a busca de integração; se observarmos nossas discussões clínicas, perceberemos facilmente que cada professor, ou grupo deles, vai olhar o fenômeno por seu ângulo preferido ou a partir da perspectiva que estuda, pesquisa e pratica⁷⁷. Por mais dificuldades que existam neste convívio, psiquiatria e psicanálise necessitam-se mutuamente; ignorar tal fato não é apenas um estreito reducionismo, senão uma lamentável negligência médica³⁹. Inúmeras pesquisas têm demonstrado que diferentes abordagens podem ter benefícios equivalentes, e continuamos estudando os fatores específicos e inespecíficos aí presentes⁷⁸.

2. Justificativa

A psiquiatria vem mostrando a necessidade de compreender melhor os conflitos emocionais. É evidente a influência de vivências infantis do indivíduo nesses conflitos e na forma como a sua personalidade se desenvolve. Assim, torna-se importante avaliar as associações dessas vivências com os aspectos psicológicos, mas também biológicos na vida adulta.

É importante esclarecer que este projeto foi pensado no contexto da formação de um grupo de pesquisa em Psicoterapia de Orientação Analítica que busca nesse momento a sistematização de coletas, estruturação de protocolos bem como o incremento da produção científica nessa área. A pesquisa pioneira, citada mais adiante, é o projeto intitulado “O Impacto da Psicoterapia de Orientação Analítica sobre Parâmetros Psicodinâmicos, Clínicos e Neurobiológicos”, um ensaio clínico controlado que visa simplificarmente avaliar as alterações no BDNF após seis meses de Psicoterapia de Orientação Analítica e cujos pesquisadores são Débora Vigevani Schaf, Simone Hauck e Lúcia Helena Freitas Ceitlin, membros do grupo em questão. Além da mesma linha de pesquisa, esses dois projetos poderão contar com indivíduos em comum, facilitando a coleta. A importância deste estudo situa-se no enfoque dado às experiências infantis. No contexto da linha de pesquisa do nosso grupo este estudo pretende ampliar a compreensão da influência que os Traumas na Infância podem exercer no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, em seu funcionamento na vida adulta, bem como se há alguma repercussão em um parâmetro biológico, o BDNF. Ainda pensamos em futuramente analisar a evolução desses pacientes em psicoterapia e como eles podem responder a essa intervenção.

3. Objetivos:

3.1. Objetivo Geral:

Este projeto está inserido em um projeto maior envolvendo todo o Programa de Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: “Desenvolvimento de um Protocolo de Assistência, Ensino e Pesquisa para o Programa de Psicoterapia de Orientação Psicanalítica do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”.

O objetivo desta pesquisa é avaliar as possíveis associações entre vivências da infância de indivíduos com indicação de psicoterapia de orientação analítica com os seus aspectos psicológicos e biológicos da vida adulta.

3.2. Objetivos específicos:

- 3.2.1 Avaliar o padrão de Trauma na Infância nos pacientes com indicação de tratamento psicoterápico realizado no Programa de Psicoterapia do Ambulatório de Psiquiatria do HCPA.
- 3.2.2 Avaliar o padrão de Estilo Defensivo na idade adulta desses pacientes.
- 3.2.3 Avaliar o nível de experiências dissociativas no dia-a-dia desses pacientes.
- 3.2.4 Avaliar os níveis séricos de BDNF desses indivíduos.
- 3.2.5 Avaliar como se dão as inter-relações entre o Fator em Estudo: CTQ (que avalia eventos traumáticos na infância) e os desfechos: DSQ 40 (que avalia estilo defensivo), DES (que avalia experiências dissociativas) e BDNF.

4. Pacientes e Métodos

4.1. Questão de Pesquisa:

Verificar se há associação entre vivências infantis com os aspectos psicológicos (através de escalas de estilo defensivo e experiências dissociativas no dia-a-dia) e biológicos (através da dosagem do BDNF sérico) na vida adulta de pacientes com indicação de Psicoterapia Breve de Orientação Analítica, atendidos no Programa de Psicoterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Isto será feito através da aplicação dos instrumentos: *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), *Defense Style Questionnaire* (DSQ 40) e *Dissociative Experiences Scale* (DES), além da dosagem do BDNF.

4.2. Delineamento do Estudo:

Será realizado um estudo transversal para avaliar a associação do fator em estudo (CTQ) e os desfechos (DSQ, DES e BDNF).

4.3. Cálculo do n:

O cálculo da amostra deste estudo especificamente foi realizado com o objetivo de detectar uma correlação entre o fator de estudo CTQ (Questionário de Traumas na Infância) e o desfecho primário DSQ-40 (Questionário de Estilo Defensivo no Adulto) maior que 0.4, com poder de 80% e significância de 0.05, considerando que os escores de CTQ e DSQ-40 são variáveis contínuas⁷⁹.

4.4. População:

A amostra será composta dos primeiros 47 pacientes, que nos primeiros doze meses após a aprovação deste projeto, forem avaliados, receberem indicação e ingressarem no Programa de Psicoterapia Psicanalítica do Ambulatório do Serviço de Psiquiatria do HCPA, concordarem em participar assinando consentimento informado (ANEXO 01) e não preencherem o critério de exclusão. Estimamos uma amostra de 47 pacientes, tendo como base o estudo em andamento “Impacto da Psicoterapia de orientação Analítica sobre parâmetros psicodinâmicos, clínicos e neurobiológicos”, que utiliza metodologia semelhante e teve início em fevereiro do ano de 2009. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora Débora Schaf e conseguiu incluir após 4 meses de andamento cerca de 20 pacientes.

O critério de inclusão será ter indicação para psicoterapia de orientação analítica, e o critério de exclusão será a presença de riscos imediatos, como ideação suicida e sintomas psicóticos, além da não-indicação de POA.

O pesquisador fará contato por telefone com o paciente e o convidará para participar do estudo, não envolvendo o terapeuta que realizará o tratamento neste processo. O contato será feito após avaliação e indicação de psicoterapia de orientação analítica pelo terapeuta assistente. Os participantes serão submetidos ao preenchimento de escalas auto-aplicáveis. Farão tratamento psicoterápico com médicos residentes do segundo, terceiro e quarto anos de psiquiatria deste hospital. Os terapeutas que aceitarem, através da assinatura do consentimento pós-informado (ANEXO 02), preencherão o “Protocolo para avaliação da indicação de psicoterapia psicanalítica e planejamento terapêutico inicial” para cada paciente, como parte do Programa de Psicoterapia de Orientação Psicanalítica.

4.5. Fator em estudo:

Fator em estudo: Traumas na Infância (CTQ - Childhood Trauma Questionnaire).

4.6. Desfechos:

Desfecho Primário: Pontuação na escala de Mecanismos de Defesa (DSQ-40).

Desfechos Secundários: Pontuação na *Dissociative Experiences Scale* (DES) e BDNF sérico.

4.7. Medidas Estatísticas:

A correlação entre os desfechos será realizada através da correlação de Pearson, no caso das variáveis normais, ou de Spearman para variáveis não paramétricas.

5. Instrumentos específicos da Pesquisa:

5.1. Protocolo para avaliação da indicação de psicoterapia psicanalítica e planejamento terapêutico inicial (ANEXO 03):

O Protocolo contém dados sócio-demográficos, história clínica, história de tratamentos prévios, diagnóstico segundo Eixos do DSM-IV, descrição de aspectos psicodinâmicos (transferência, contratransferência, mecanismos de defesa), hipótese psicodinâmica preliminar (conflito atual, conflito primário e funcionamento atual) e planejamento terapêutico inicial (foco, objetivos, estratégias iniciais), além dos critérios de indicação para psicoterapia psicanalítica. O modelo final foi composto por oito critérios de indicação que compuseram dois domínios principais: características da personalidade (tolerância à frustração, controle de impulsos, noção de identidade, conflito com dependência e qualidade das relações de objeto) e motivação para tratamento analítico (capacidade de pensar psicologicamente, curiosidade psíquica e grau de sofrimento). Esses dois domínios resultariam na capacidade do paciente em formar uma aliança de trabalho para realização efetiva de um tratamento analítico. O Protocolo para avaliação da indicação de psicoterapia psicanalítica e planejamento terapêutico inicial é um instrumento elaborado dentro de nosso serviço de Psicoterapia de Orientação Analítica⁸⁰.

5.2. Escala de Avaliação de Traumas na Infância (CTQ) (ANEXO 04):

Com o objetivo de medir a contribuição dos traumas infantis no desenvolvimento de um indivíduo, o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) é um instrumento válido e confiável, que consiste em 28 itens auto-aplicáveis retrospectivos. Seus itens são classificados de 1 a 5 em uma escala do tipo Likert e se dividem em cinco sub-escalas que são: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. O CTQ é um questionário amplamente utilizado e foi traduzido e teve sua versão em português validada por Grassi-Oliveira et cols., publicado na Revista de Saúde Pública em 2006⁸¹.

5.4. Questionário de Estilo Defensivo (DSQ-40) (ANEXO 05):

Com a intenção de avaliar os mecanismos de defesa, independentemente do julgamento do avaliador, Bond et al desenvolveram um instrumento auto-aplicável que objetiva medir derivados conscientes dos mecanismos de defesa: o *Defense Style Questionnaire* (DSQ)⁸². O DSQ já foi testado em diferentes populações, estando validado em sua versão abreviada (DSQ-40) para população brasileira por Blaya et cols., publicado em 2004 na Revista Brasileira de Psiquiatria.^{83,84} A validade do DSQ como um instrumento que se propõe a identificar estilos de

defesa associados a padrões mais e menos adaptativos de funcionamento tem sido comprovada através de uma série de estudos que encontraram associação de defesas menos adaptativas a psicopatologias específicas⁸⁵⁻⁹². O DSQ-40 possui 40 questões que verificam o grau de utilização de 20 mecanismos de defesa, gerando escores para o fator maduro, imaturo e neurótico, que refletem o grau de utilização dos mecanismos pertencentes a cada categoria^{83,84}.

5.4. *Dissociative Experiences Scale* (DES) (ANEXO 06):

A Escala de Experiências Dissociativas é o questionário mais utilizado mundialmente para o rastreamento e a quantificação de traços dissociativos. A escala é do tipo *Likert* de 11 pontos, variando de 0 a 10, e contém 28 itens, com pontuação mínima de 0 e máxima de 100. O escore de 30 é considerado o ponto de corte acima do qual se podem identificar os pacientes com transtornos dissociativos. Ela foi aplicada também no início do estudo, 1 ano após o evento traumático⁹³. A DES foi adaptada para o português brasileiro, o que torna este instrumento disponível para a detecção e a quantificação de sintomas dissociativos⁹⁴.

6. Dosagem do BDNF em soro:

Os níveis de BDNF serão medidos por meio de um ensaio ELISA, usando um kit comercial de acordo com as instruções do fabricante (ChemiKine Brain Derived Neurotrophic Factor, Sandwich ELISA – Chemicon-EUA).

A dosagem será realizada uma única vez, após ser alcançado o tamanho total da amostra. Será utilizado um mesmo Kit, para evitar assim viés de aferição. O material biológico ficará armazenado em condições ideais no Laboratório de Psiquiatria Molecular do prof. Flávio Kapczinski.

7. Aspectos Éticos:

O risco do uso do protocolo para avaliação e planejamento terapêutico e escalas auto-aplicáveis, a partir dos instrumentos padronizados, é mínimo para os participantes, que, no caso dos pacientes, tendem a se beneficiar com uma melhor avaliação diagnóstica e discussão dessa avaliação com os supervisores.

Os participantes serão informados sobre todos os procedimentos a que serão submetidos. As informações serão dadas sempre em linguagem acessível, certificando-se do entendimento do paciente.

Os dados serão inseridos no banco de dados sem a possibilidade de identificação posterior do paciente, médico assistente ou supervisor após a conclusão do estudo, desde que o terapeuta e o paciente (ou controle) concordem em participar do estudo, assinando, em separado, termo de consentimento informado (ANEXOS 01 e 02). O participante poderá se negar a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem prejuízo ao seu tratamento. Em relação aos controles, o fato de estarem participando do estudo não impede, de forma alguma, que sejam chamados para tratamento, nesse caso sendo excluídos do estudo.

8. Cronograma:

A partir da aprovação deste projeto:

	Coleta de Dados	Ensaio para BDNF	Análise e Interpretação dos Dados	Revisão Bibliográfica	Elaboração de Artigo Científico
Mês 1	X			X	
Mês 2	X			X	
Mês 3	X			X	
Mês 4	X			X	
Mês 5	X			X	
Mês 6	X			X	
Mês 7	X			X	
Mês 8	X			X	
Mês 9	X			X	
Mês 10	X			X	
Mês 11	X			X	
Mês 12	X	X		X	
Mês 13			X	X	
Mês 14			X	X	
Mês 15				X	X
Mês 16				X	X
Mês 17				X	X
Mês 18				X	X
Mês 19				X	X
Mês 20				X	X
Mês 21				X	X
Mês 22				X	X
Mês 23				X	X

9. Orçamento

✓ Este valor será solicitado ao FIPE.

Quant.	Descrição	Vlr. Unit.	Vlr. Total
47	Consultas	7,55	354,85
1	Kit BDNF	2.545,00	2.545,00
188	Fotocópias TCLE	0,15	28,20
705	Fotocópias Escalas	0,15	105,75
47	Ligações telefônicas	0,50	23,50
47	Tubos para coleta 4ml - cod 7137	0,17	7,99
47	Seringa 5ml - cod 2160	0,08	3,76
47	Agulha 25x8 - cod 2593	0,04	1,88
TOTAL			3.070,93

11. Referências Bibliográficas:

62. Freud, S. Thoughts for the times on war and death. IN: Freud, S. *Standard edition*. [S.l.:s.n], 1915a. v.14, p.273-301.
63. Bleichmar NM, Bleichmar CL. A Psicanálise depois de Freud: teoria e clínica. Porto Alegre. Artmed, 1992.
64. Garland C. Action, identification and thought in post-traumatic states. In: Garland, C. *Understanding Trauma – a psychoanalytical approach*. London: Karnac, 2003. Cap 13. (Tavistock Clinic Series).
65. Klein, M. Princípios Psicológicos del Analisis Infantil. In: *Obras Completas*. Buenos Aires. Paidós Hormes, 1926.
66. Eizirik, C.L.; Hauck, S. Psicanálise e Psicoterapia de Orientação Analítica. In: Cordioli, A.V.C. *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 3. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap.9, p.151-166.
67. Russ E, Heim A, Westen D. Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Pers Disord*. 2003;17(6):522-36.
68. Guerra G, Angioni L, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bertacca S, et al. Substance use among high-school students: relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Subst Use Misuse*. 2004;39(2):345-67.
69. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2002;32(6):997-1008.
70. Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, Costa PT Jr, Nestadt G. Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(2):126-33.
71. Doyle C. Surviving and coping with emotional abuse in childhood. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2001;6(3):387–402.
72. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect* 2003;27:1205–1222. [PubMed: 14602100]
73. Pinheiro, PS. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. *Sixty-first session of the United Nations General Assembly: Promotion and Protection of the Rights of the Child*. 2006. Retrieved October 11, 2006 from: <http://www.violencestudy.org/r25>
74. Steel JL, Herlitz CA. The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: a random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse and Neglect* 2005;29:1141–1153. [PubMed: 16243097]
75. Parillo KM, Freeman RC, Collier K, Young P. Association between early sexual abuse and adult HIVrisky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(3):335–346. [PubMed: 11414393]
76. Swanston HY, Plunkett AM, O'Toole BI, Shrimpton S, Parkinson PN, Oates RK. Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 2003;27(8):967–984. [PubMed: 12951144]
77. Perkins DF, Jones KR. Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(5):547–563. [PubMed: 15159069]

78. Roy, A, Hu, XZ, Janal, MN, Goldman, D. Interaction between Childhood Trauma and Serotonin Transporter Gene Variation in Suicide. *Neuropsychopharmacology* (2007) 32, 2046–2052
79. Heim C, Nemeroff CB. 2001. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49:1023–39.
80. Lightman SL, Windle RJ, Ma XM, et al. 2002. Hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Archives of Physiology and Biochemistry*, 110:90–3.
81. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, et al. 2003. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27:33–44.
82. Newport DJ, Heim C, Bonsall R, et al. 2004. Pituitary-adrenal responses to standard and low-dose dexamethasone suppression tests in adult survivors of child abuse. *Biological Psychiatry*, 55:10–20.
83. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, et al. 2005. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186:121–5.
84. Hauck, S., S. Schestatsky, et al. (2007). "Parental Bonding and Emotional Response to trauma: a study of rape victims." *Psychotherapy Research* 17(1): 83-90.
85. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1878–83.
86. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001;91(5):753–60.
87. Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a casecontrol study. *Lancet*. 2001;358(9285):881–7.
88. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490–6.
89. Goodwin RD, Hoven CW, Murison R, Hotopf M. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health*. 2003;93(7):1065–7.
90. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med*. 1995;123(10):782–94.
91. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med*. 1997;59(6):572–7.
92. Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, Tait AR. The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clin J Pain*. 2001;17(4):359–64.
93. Pearse, W.H. The commonwealth fund women's health survey: selected results and comments. *Womens Health Issues*. 1994; 4:38-47.
94. Leserman, J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators and psychological treatment. *Psychosom Med*. 2005;67:906-15.
95. Thompson, K.M., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Redlin, J., Demuth, G., et al. Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J. Trauma Stress*. 2003;16(1):35-8.
96. Price, J.L., Hinsenroth, M.J., Petretic-Jackson, P.A., Bonge, D. A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clin. Psychol Rev*. 2001; 21(7):1095-1121.

97. Eizirik, M., Mondrzac, V.S. Psicoterapia de orientação analítica em pacientes adultos vítimas de violência sexual na infância. *Rev Bras Psicoter.* 2006; 8 (2-3):246-258.
98. Eizirik, C.L. Distintos Cenários, a mesma psicoterapia? (Editorial a convite). - *Rev Bras Psicoter.* 2008; 10 (2):153-158.
99. Freud S. Dois Verbetes de Enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.* Rio de Janeiro: Imago; 1976.
100. Eizirik, C.L. Psicanálise e pesquisa. (Editorial). *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):171-2.
101. Eizirik C.L. Psychoanalysis as a work in progress. *Int J Psychoanal.* 2006; 87:645-50.
102. Eizirik, C.L. A Psiquiatria nos próximos 50 anos: a contribuição da psicanálise. (Editorial). *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(1):15-16.
103. Gabbard. G.O. Será possível integrar a psicanálise e a pesquisa clínica no futuro? (Editorial). *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(1):17-18.
104. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science.* 2002;297(5582):851-4.
105. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8):789-96.
106. Keidann C.E. and Dal Zot J.S. Avaliação. In *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* Artmed: Porto Alegre, 2005.
107. Zimmerman DE. Planejamento em psicoterapia dinâmica. *R Psiquiatr RS.* 1982;4(3):252-63.
108. Fonagy P. Psychoanalysis today. *World Psychiatry.* 2003;2(2):73-80.
109. Kandel ER. A Biologia e o Futuro da Psicanálise. *R Psiquiatr RS.* 2003;25(1):139-63.
110. Busch, F. N., B. L. Milrod, et al. (2009). "A study demonstrating efficacy of a psychoanalytic psychotherapy for panic disorder: implications for psychoanalytic research, theory, and practice." *J Am Psychoanal Assoc* 57(1): 131-48.
111. Schestatsky S. Introdução ao planejamento em psicoterapia. In: Eizirik C, Aguiar R, Schestatsky S. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Artmed: Porto Alegre, 1989. P. 71-78.
112. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *Int J Psychoanal.* 2005;86(3):841-68.
113. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother.* 2007;80(2):217-28.
114. Lewis AJ, Dennerstein M, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(6):445-55.
115. Bateman AW, Ryle A, Fonagy P, Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry.* 2007;19(1):51-62.
116. Clarkin JF, Levy KN, et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):922-8.
117. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 1992;149:151-8.
118. Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59:704-14.

119. Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1995;15:503-14.
120. Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:1208-16.
121. Gabbard, G.O. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162(4):648-55.)
122. Gabbard GO, Gunderson JG, et al. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(6):505-10.
123. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:618-89.
124. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR et al. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:109-13.
125. Vinamäki H, Kuikka J, Tiihonen J et al. Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study. *Nordic J Psychiatry.* 1998;52:39-44.
126. Kang, H., & Schuman, E. M. (1995). Long-lasting neurotrophin-induced enhancement of synaptic transmission in the adult hippocampus. *Science*, 267, 1658-1662.
127. Levine, E. S., Dreyfus, C. F., Black, I. B., & Plummer, M. R. (1995). Brain-derived neurotrophic factor rapidly enhances synaptic transmission in hippocampal neurons via postsynaptic tyrosine kinase receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 92, 8074-8077.
128. Kapczinski F, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Grassi-Oliveira R. Brain-derived neurotrophic factor and neuroplasticity in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother.* 2008;8(7):1101-13.
129. Cunha AB, Frey BN, Andreazza AC, Goi JD, Rosa AR, Gonçalves CA, Santin A, Kapczinski F. Serum brain-derived neurotrophic factor is decreased in bipolar disorder during depressive and manic episodes. *Neurosci Lett.* 2006;398(3):215-9.
130. Lohoff FW, Sander T, Ferraro TN, Dahl JP, Gallinat J, Berrettini WH. Confirmation of association between the Val66Met polymorphism in the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene and bipolar I disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005 Nov 5;139B(1):51-3.
131. Post RM. Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *J Psychiatr Res.* 2007 Dec;41(12):979-90.
132. Tapia-Arancibia L, Rage F, Givalois L, Arancibia S. Physiology of BDNF: focus on hypothalamic function. *Front Neuroendocrinol.* 2004;25(2):77-107.
133. Shimizu E, Hashimoto K, Okamura N, Koike K, Komatsu N, Kumakiri C, Nakazato M, Watanabe H, Shinoda N, Okada S, Iyo M. Alterations of serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in depressed patients with or without antidepressants. *Biol Psychiatry* 2003;54:70-75. [PubMed: 2842310].
134. Zhang L, Zhou R, Li X, Ursano RJ, Li H. Stress-induced change of mitochondria membrane potential regulated by genomic and non-genomic GR signaling: a possible mechanism for hippocampus atrophy in PTSD. *Med Hypotheses.* 2006;66(6):1205-8.
135. Hauck S, Gomes F, Silveira EM Jr, Almeida E, Possa M, Ceitlin LHF. Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in acute and posttraumatic stress disorder: a case report study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(1):48-51.

136. Kauer-Sant'Anna M, Tramontina J, Andreazza AC, Cereser K, da Costa S, Santin A, Yatham LN, Kapczinski F. Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disord.* 2007;9 Suppl 1:128-35.
137. Zavaschi ML, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DW, Carvalho RH, Rohde LA, and Eizirik CL. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(3):184-90.
138. Fonagy, P. Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. In: Eizirik C, Aguiar R, Schesatsky S. *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática.* Artmed: Porto Alegre, 1989. p. 424-61.
139. Eizirik, C.L. Sobre o ofício de psicoterapeuta. *Rev Bras Psicoter.* 2003;5(2):223-227.
140. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Hearst N, Newman T. (2006). *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica.* 2ª Edição, Editora ArtMed. Porto Alegre.
141. Hauck S, Gomes FG, et al. Development of the Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy: structural equation modeling. *Revista Brasileira de Psicoterapia.* 2006;8(2-3):155-70.
142. Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(2):249-55.
143. Bond M, Gardner ST, et al. Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40:333-8.
144. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1993;181(4):246-56.
145. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolani L, Ceitlin LH, et al. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(4):255-8.
146. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC. *American Psychiatry Association* 1994.
147. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry.* 1989 May;46(5):455-60.
148. Pollock C, Andrews G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1989;146(11):1500-2.
149. Sammallahiti P, Aalberg V. Defense style in personality disorders. An empirical study. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Aug;183(8):516-21.
150. Sammallahiti P, Aalberg V, Pentinsaari JP. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Oct;90(4):290-4.
151. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(2):87-94.
152. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12(5):263-78.
153. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):179-83.
154. Carlson, E.B.; Putnam, F.W. An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation* 6:16-26, 1993.
155. Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredib, C., Figueira, I. A adaptação transcultural para o português do instrumento Dissociative Experiences Scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(3):164-73.

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de avaliar seu jeito de ser, como você se sente e como percebe a sua vida, além de coisas que você viveu na sua infância. Vamos pedir que você responda a alguns questionários sobre esses temas neste momento. No caso de você já ter iniciado seu tratamento, também será solicitado que seu terapeuta forneça dados sobre o jeito que você é e como você se sente para que possamos avaliar o benefício que o tratamento que você está realizando nesse hospital tem para você e para outras pessoas. Além disso, nossa intenção é pesquisar uma substância chamada BDNF no sangue de pessoas que já estão em atendimento psicoterápico ou que estão aguardando, sendo coletada uma amostra. Esse estudo pretende avaliar as relações dessa substância com o seu jeito de ser e o que você viveu na infância.

O único risco a que você será submetido é o da punção venosa, que é um procedimento corriqueiro e de baixíssimo risco. Serão retirados 5 ml de sangue, o que não compromete a saúde do voluntário. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde com competência técnica para tal. Mesmo que você interrompa, tenha alta ou seja encaminhado para outro tipo de tratamento, a equipe de pesquisa poderá entrar em contato com você para avaliar como você está. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique de forma alguma seu atendimento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porque estão sendo utilizadas as escalas que vou preencher de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do pesquisador _____

Contato com a pesquisadora: Julia Goi – 33598294 ou 81082940

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA - 33598304

Pesquisadora responsável: Cláudio Laks Eizirik

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TERAPEUTA

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de avaliar a associação entre aspectos da vivência infantil, padrão de estilo defensivo, relações objetais, sintomas psiquiátricos e BDNF nos pacientes em tratamento no Ambulatório de Psicoterapia Psicanalítica do Serviço de Psiquiatria do HCPA. Vamos pedir que você nos autorize a utilizar os dados da ficha de avaliação de psicoterapia psicanalítica dos pacientes que você está atendendo. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique seu treinamento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porque estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ___ de _____ de _____

Assinatura do terapeuta: _____

Assinatura do pesquisador _____

Contato com a pesquisadora: Julia Goi – 33598294 ou 81082940

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA - 33598304

Pesquisadora responsável: Cláudio Laks Eizirik

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

Protocolo de Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica

Data do preenchimento do protocolo: ____ / ____ / ____

Supervisão da avaliação: () Sim () Não

Número de entrevistas de avaliação: _____ entrevistas

Indicação de Psicoterapia Psicanalítica () Sim () Não

1 – Identificação e Dados Demográficos:

Nome: _____

Prontuário: _____ Telefone(s): _____

Estado Civil: () solteiro () casado ou em união estável () separado

() separado judicialmente ou divorciado () viúvo

Escolaridade _____ anos de estudo concluídos

Profissão: _____

() Empregado () Desempregado () Afastado por invalidez () Aposentado

Renda pessoal aproximada: _____ salários mínimos nacionais

Renda familiar aproximada: _____ salários mínimos nacionais

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não

Reside com: _____

Filhos (idades): _____

Fonte de encaminhamento: _____

2 – História Clínica

Motivo da procura da POA (palavras do paciente): _____

Motivo da procura da POA (no entendimento do terapeuta): _____

História prévia de transtorno psiquiátrico: () Não () Sim – Qual(is): _____

História de traumas [estressores agudos e/ou crônicos] () Não () Sim – Qual(is): _____

Tratamento psiquiátrico prévio: () Não () Sim - Qual(is): _____

Medicação atual: () Não () Sim - Qual(is): _____

Psicoterapia prévia: () Não () Sim (Onde, quando, duração, interrupções, tipo): _____

História Familiar de transtorno psiquiátrico: _____

Hipóteses diagnósticas segundo o DSM IV-TR:

EIXO I: _____

EIXO II: _____

EIXO III: _____

EIXO IV: _____

EIXO V: _____ (GAF ATUAL) _____ (GAF 12 meses antes)

3 – Dados Psicodinâmicos

Sentimentos despertados durante a avaliação (contratransferência): _____

Sentimentos transferenciais predominantes: _____

Defesas predominantes (DSM-IV-TR):

A definição de cada um dos mecanismos citados encontra-se na página 757 do DSM-IV-TR e dos níveis resultantes na página 755.

*** Assinalar as 7 defesas mais observadas, numerando de 1 a 7, sendo 1 a mais freqüente.**

	Distorção psicótica		Anulação
	Negação psicótica		Deslocamento
	Projeção delirante		Dissociação
	Atuação [acting out]		Formação reativa
	Agressividade passiva		Intelectualização
	Queixa com rejeição de ajuda		Isolamento do afeto
	Retraimento apático		Repressão
	Cisão da auto-imagem e da imagem dos outros		Afiliação
	Fantasia autista		Altruísmo
	Identificação projetiva		Antecipação
	Negação		Auto-afirmação
	Projeção		Auto-observação
	Racionalização		Humor
	Desvalorização		Sublimação
	Idealização		Supressão
	Onipotência		

Nível predominante (DSM-IV-TR):

- Nível da desregulação defensiva
- Nível da ação
- Nível de importante distorção da imagem
- Nível da negação
- Nível de leve distorção de imagem
- Nível das inibições mentais (formação de compromisso)
- Alto nível adaptativo

4 - Critérios de Indicação de POA

Instrumento para Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica

Instruções: Baseando-se nas entrevistas de avaliação do paciente, marque o número que parecer mais adequado, segundo a sua impressão: Obs: se houver alguma observação a ser feita sobre algum dos critérios de indicação de psicoterapia mencionados abaixo, anotar na sessão referente à hipótese psicodinâmica.

1. Qualidade das relações de objeto

Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Entende-se por relação de qualidade excelente quando o paciente é capaz de manter relacionamentos estáveis (de amizade, afetivo, familiar, transferencial), ou seja, não há rompantes de agressividade importantes ou instabilidade entre amor e ódio e o paciente é geralmente capaz de contar com as pessoas próximas quando necessita e vice-versa. A noção das características boas e ruins de si e dos outros (inclusive terapeuta) é muito pouco distorcida e relativamente estável.

2. Tolerância à frustração:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Quando não há tolerância a frustração, ao ser defrontado com situações da realidade contrárias às demandas do "Id" (por exemplo, quando é contrariado ou impedido de realizar algo que deseja), o paciente sente-se muito irritado, reagindo de forma agressiva (verbal ou física) ou "atuando" para se livrar da ansiedade (por exemplo, uso de drogas, conduta de risco, automutilação, tentativa de suicídio etc.).

3. Controle de impulsos:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

A capacidade de controlar impulsos implica em postergar as demandas do "id", por exemplo, impulsos agressivos (contra si e contra os outros) e desejos (sexo, comida, jogo, uso de drogas), quando necessário.

4. Identidade – noção de "self":

Difusa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Íntegra

Uma "identidade" íntegra pressupõe que o paciente consiga definir "quem é" (suas qualidades e defeitos, desejos e aspirações, contrariedades) e avaliar de forma razoável outras pessoas. Quando a identidade é difusa, o paciente não tem uma definição estável de si nem dos outros (há uma alternância entre "perfeição" e avaliações extremamente negativas, associadas a amor e ódio, sentimentos de vazio e falta de sentido), há uma falta de coerência e consistência próprias, dificuldade em avaliar os próprios valores, motivações, comportamentos e interações pessoais - e de se dar conta das motivações e estados mentais dos outros.

5. Conflito com Dependência:

Presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ausente

Quando há conflito com dependência o paciente tem dificuldade em contar com as pessoas, receber ajuda (e reconhecer esse fato) ou sente-se totalmente "dependente" de alguém (ou algo). Em alguns casos essas condições podem alternar-se, resultando em momentos em que o paciente sente-se extremamente dependente e outros em que não é possível receber ajuda, sentindo-se obrigado a dar conta de tudo.

6. Capacidade de pensar psicologicamente:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Quando há uma notável capacidade de pensar psicologicamente, o indivíduo consegue pensar (refletir) sobre seus pensamentos e desejos, considerando motivações inconscientes para suas atitudes e reconhecendo sua parte nos conflitos (na realidade externa e interna).

7. Sofrimento Psíquico:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Evidente

Diz respeito ao grau de sofrimento naquele momento da vida. A avaliação desse sofrimento deve ser baseada na percepção do terapeuta sobre sua magnitude.

8. Curiosidade Psíquica:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Evidente

O paciente tem curiosidade sobre o significado inconsciente de seus pensamentos, atitudes e desejos e sobre o seu papel na conflitiva atual.

9. Capacidade de formar aliança terapêutica:

Qual sua impressão sobre a propensão do paciente formar uma aliança terapêutica para a realização de um trabalho de orientação analítica?

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

5 – Planejamento Terapêutico:

Fator

Desencadeante: _____

HIPÓTESE PSICODINÂMICA PRELIMINAR

Conflito primário: _____

Funcionamento atual (padrão das relações de objeto; defesas predominantes): - _____

Conflito Atual: _____

Foco: _____

Estratégias iniciais (por exemplo, pontos de urgência e transferência provável): _____

Objetivos: _____

Características da Psicoterapia atual:

1. Supervisão: () Sim () Não 2. Freqüência: () 1x () 2 x semana

OBS (parâmetros, quebras de *setting*, particularidades): _____

Avaliador: _____

ANEXO 04: CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE

ANEXO 05: DEFENSIVE STYLE QUESTIONNAIRE

ANEXO 06: DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE

ANEXO 02: Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-383

Versão do Projeto: 11/09/2009

Versão do TCLE: 11/09/2009

Pesquisadores:

CLAUDIO LAKS EIZIRIK

JULIA DOMINGUES GOI

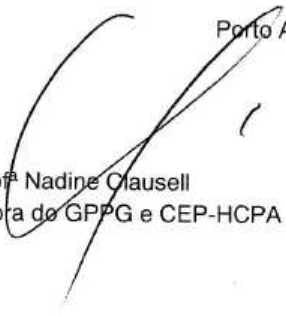
KARINY LARISSA CORDINI

SIMONE HAUCK

Título: ASSOCIAÇÃO ENTRE TRAUMA NA INFÂNCIA E ESTILO DEFENSIVO NO ADULTO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 16 de setembro de 2009.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PACIENTE

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de avaliar seu jeito de ser, como você se sente e como percebe a sua vida, além de coisas que você viveu na sua infância. Vamos pedir que você responda a alguns questionários sobre esses temas neste momento. No caso de você já ter iniciado seu tratamento, também será solicitado que seu terapeuta forneça dados sobre o jeito que você é e como você se sente para que possamos avaliar o benefício que o tratamento que você está realizando nesse hospital tem para você e para outras pessoas. Além disso, nossa intenção é pesquisar uma substância chamada BDNF no sangue de pessoas que já estão em atendimento psicoterápico ou que estão aguardando, sendo coletada uma amostra. Esse estudo pretende avaliar as relações dessa substância com o seu jeito de ser e o que você viveu na infância.

O único risco a que você será submetido é o da punção venosa, que é um procedimento corriqueiro e de baixíssimo risco. Serão retirados 5 ml de sangue, o que não compromete a saúde do voluntário. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área de saúde com competência técnica para tal. Mesmo que você interrompa, tenha alta ou seja encaminhado para outro tipo de tratamento, a equipe de pesquisa poderá entrar em contato com você para avaliar como você está. A sua identidade não será revelada em trabalhos que utilizem as informações fornecidas e você poderá optar por se retirar do estudo a qualquer momento sem que isso prejudique de forma alguma seu atendimento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porque estão sendo utilizadas as escalas que vou preencher de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente _____

Assinatura do pesquisador _____

Contato com a pesquisadora: Julia Goi – 33598294 ou 81082940

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA - 33598304

Pesquisadora responsável: Cláudio Laks Eizirik

ANEXO 04: Protocolo de Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA DE PSICÓTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

Protocolo de Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica

Data do preenchimento do protocolo: ____ / ____ / ____

Supervisão da avaliação: () Sim () Não

Número de entrevistas de avaliação: _____ entrevistas

Indicação de Psicoterapia Psicanalítica () Sim () Não

1 – Identificação e Dados Demográficos:

Nome: _____

Prontuário: _____ Telefone(s): _____

Estado Civil: () solteiro () casado ou em união estável () separado

() separado judicialmente ou divorciado () viúvo

Escolaridade _____ anos de estudo concluídos

Profissão: _____

() Empregado () Desempregado () Afastado por invalidez () Aposentado

Renda pessoal aproximada: _____ salários mínimos nacionais

Renda familiar aproximada: _____ salários mínimos nacionais

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não

Reside com: _____

Filhos (idades): _____

Fonte de encaminhamento: _____

2 – História Clínica

Motivo da procura da POA (palavras do paciente): _____

Motivo da procura da POA (no entendimento do terapeuta): _____

História prévia de transtorno psiquiátrico: () Não () Sim – Qual(is): _____

História de traumas [estressores agudos e/ou crônicos] () Não () Sim – Qual(is): _____

Tratamento psiquiátrico prévio: () Não () Sim - Qual(is): _____

Medicação atual: () Não () Sim - Qual(is): _____

Psicoterapia prévia: () Não () Sim (Onde, quando, duração, interrupções, tipo): _____

História Familiar de transtorno psiquiátrico: _____

Hipóteses diagnósticas segundo o DSM IV-TR:

EIXO I: _____

EIXO II: _____

EIXO III: _____

EIXO IV: _____

EIXO V: _____ (GAF ATUAL) _____ (GAF 12 meses antes)

3 – Dados Psicodinâmicos

Sentimentos despertados durante a avaliação (contratransferência): _____

Sentimentos transferenciais predominantes: _____

Defesas predominantes (DSM-IV-TR):

A definição de cada um dos mecanismos citados encontra-se na página 757 do DSM-IV-TR e dos níveis resultantes na página 755.

*** Assinalar as 7 defesas mais observadas, numerando de 1 a 7, sendo 1 a mais freqüente.**

	Distorção psicótica		Anulação
	Negação psicótica		Deslocamento
	Projeção delirante		Dissociação
	Atuação [acting out]		Formação reativa
	Agressividade passiva		Intelectualização
	Queixa com rejeição de ajuda		Isolamento do afeto
	Retraimento apático		Repressão
	Cisão da auto-imagem e da imagem dos outros		Afiliação
	Fantasia autista		Altruísmo
	Identificação projetiva		Antecipação
	Negação		Auto-afirmação
	Projeção		Auto-observação
	Racionalização		Humor
	Desvalorização		Sublimação
	Idealização		Supressão
	Onipotência		

Nível predominante (DSM-IV-TR):

- Nível da desregulação defensiva
- Nível da ação
- Nível de importante distorção da imagem
- Nível da negação
- Nível de leve distorção de imagem
- Nível das inibições mentais (formação de compromisso)
- Alto nível adaptativo

4 - Critérios de Indicação de POA

Instrumento para Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica

Instruções: Baseando-se nas entrevistas de avaliação do paciente, marque o número que parecer mais adequado, segundo a sua impressão: Obs: se houver alguma observação a ser feita sobre algum dos critérios de indicação de psicoterapia mencionados abaixo, anotar na sessão referente à hipótese psicodinâmica.

10. Qualidade das relações de objeto

Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Excelente

Entende-se por relação de qualidade excelente quando o paciente é capaz de manter relacionamentos estáveis (de amizade, afetivo, familiar, transferencial), ou seja, não há rompantes de agressividade importantes ou instabilidade entre amor e ódio e o paciente é geralmente capaz de contar com as pessoas próximas quando necessita e vice-versa. A noção das características boas e ruins de si e dos outros (inclusive terapeuta) é muito pouco distorcida e relativamente estável.

11. Tolerância à frustração:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Quando não há tolerância a frustração, ao ser defrontado com situações da realidade contrárias às demandas do "Id" (por exemplo, quando é contrariado ou impedido de realizar algo que deseja), o paciente sente-se muito irritado, reagindo de forma agressiva (verbal ou física) ou "atuando" para se livrar da ansiedade (por exemplo, uso de drogas, conduta de risco, automutilação, tentativa de suicídio etc.).

12. Controle de impulsos:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

A capacidade de controlar impulsos implica em postergar as demandas do "id", por exemplo, impulsos agressivos (contra si e contra os outros) e desejos (sexo, comida, jogo, uso de drogas), quando necessário.

13. Identidade – noção de "self":

Difusa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Íntegra

Uma "identidade" íntegra pressupõe que o paciente consiga definir "quem é" (suas qualidades e defeitos, desejos e aspirações, contrariedades) e avaliar de forma razoável outras pessoas. Quando a identidade é difusa, o paciente não tem uma definição estável de si nem dos outros (há uma alternância entre "perfeição" e avaliações extremamente negativas, associadas a amor e ódio, sentimentos de vazio e falta de sentido), há uma falta de coerência e consistência próprias, dificuldade em avaliar os próprios valores, motivações, comportamentos e interações pessoais - e de se dar conta das motivações e estados mentais dos outros.

14. Conflito com Dependência:

Presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ausente

Quando há conflito com dependência o paciente tem dificuldade em contar com as pessoas, receber ajuda (e reconhecer esse fato) ou sente-se totalmente "dependente" de alguém (ou algo). Em alguns casos essas condições podem alternar-se, resultando em momentos em que o paciente sente-se extremamente dependente e outros em que não é possível receber ajuda, sentindo-se obrigado a dar conta de tudo.

15. Capacidade de pensar psicologicamente:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Quando há uma notável capacidade de pensar psicologicamente, o indivíduo consegue pensar (refletir) sobre seus pensamentos e desejos, considerando motivações inconscientes para suas atitudes e reconhecendo sua parte nos conflitos (na realidade externa e interna).

16. Sofrimento Psíquico:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Evidente

Diz respeito ao grau de sofrimento naquele momento da vida. A avaliação desse sofrimento deve ser baseada na percepção do terapeuta sobre sua magnitude.

17. Curiosidade Psíquica:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Evidente

O paciente tem curiosidade sobre o significado inconsciente de seus pensamentos, atitudes e desejos e sobre o seu papel na conflitiva atual.

18. Capacidade de formar aliança terapêutica:

Qual sua impressão sobre a propensão do paciente formar uma aliança terapêutica para a realização de um trabalho de orientação analítica?

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

5 – Planejamento Terapêutico:

Fator

Desencadeante: _____

HIPÓTESE PSICODINÂMICA PRELIMINAR

Conflito primário: _____

Funcionamento atual (padrão das relações de objeto; defesas predominantes): - _____

Conflito Atual: _____

Foco: _____**Estratégias iniciais** (por exemplo, pontos de urgência e transferência provável): _____**Objetivos:** _____

Características da Psicoterapia atual:

1. Supervisão: () Sim () Não 2. Frequência: () 1x () 2 x semana

OBS (parâmetros, quebras de *setting*, particularidades): _____**ANEXO 05: Protocolo de Avaliação dos Indivíduos Resilientes**

PROTOCOLO PARA INCLUSÃO NO ESTUDO

Você tem ou já teve alguma doença psiquiátrica	() Sim () Não
Você toma ou já tomou alguma medicação para sintomas psicológicos ou do humor	() Sim () Não
Você tem alguma doença inflamatória ou infecciosa, HIV, HCV, doenças reumatológicas, infecção recente, uso > 10 cigarros/ dia, uso corrente de corticóides e anti-inflamatórios, ácido acetilsalicílico e imunossupressores.	() Sim () Não
Alguma vez na sua vida o Sr (a) vivenciou alguma experiência traumática em que sentia ameaçada sua vida ou sua integridade física, ou a vida ou integridade física de outra pessoa? Quando: _____ Tipo: _____ Exemplo:	(X) Sim () Não
Nessa ocasião você sentiu medo, desamparo ou terror?	() Sim () Não
Após esse trauma pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	() Sim (X) Não
SRQ < ou = 7	() Sim () Não

NÚMERO DO CONTROLE: _____ IDADE: _____ SEXO: _____
PROTOCOLO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Telefones: _____

Sexo: F() M() Nascimento: ____ / ____ / _____

Endereço: _____

Estado Civil: () solteiro () casado/união estável () separado () divorciado () viúvo

Profissão: _____ Escolaridade _____ anos de estudo concluídos

() Empregado () Desempregado () Afastado por invalidez () Aposentado

Renda aproximada: pessoal: _____ salários mínimos familiar: _____ salários mínimos

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não

Reside com: _____

Filhos (idades): _____

História Familiar de transtorno psiquiátrico: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Associação entre exposição ao estresse precoce, marcadores inflamatórios e capacidade de resiliência na vida adulta em uma população saudável

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o número 100450.

Cód. de Ident. do Indivíduo: _____ Data de nascimento: _____

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre Resiliência. Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar Stefania Pigatto Teche ou a Dr.^a Simone Hauck, pelos telefones (51) 97591516 ou (51) 3359-8294 ou entrar em contato com o Comitê de Ética pelo telefone (051) 3359 7640. Este estudo está sendo feito pela equipe da professora doutora Lúcia Helena Ceitlin e da Dra. Simone Hauck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O objetivo do nosso estudo é conhecer as características da Resiliência de adultos saudáveis. A capacidade de resiliência depende de vários fatores - dentre os quais as vivências da infância - pretendemos avaliar se existe uma associação entre a qualidade dos cuidados maternos e paternos, bem como a presença, ou não, de traumas na infância com essa habilidade para lidar com situações adversas. Além disso, este estudo tem por objetivo avaliar substâncias que atuam no cérebro e que podem favorecer a capacidade de resiliência. Estas substâncias podem ser medidas a partir de um exame de sangue.

A sua participação no estudo é voluntária e consiste em responder alguns questionários e na coleta de sangue e não lhe trará custos nenhum. Os questionários são sobre dados demográficos (informações como sexo e idade, por exemplo), saúde física, problemas familiares, vínculo com os pais, traumas na infância e capacidade de lidar com problemas. A coleta de sangue será realizada uma vez. Iremos coletar o equivalente a duas colheres de chá de seu sangue (10 ml).

Poderá ocorrer mais de uma picada para pegar a veia, poderá haver a formação de uma pequena área roxa na pele (hematoma local) por causa da coleta de sangue ou infecção na pele (pequeno risco que se corre cada vez que a pele é rompida. Algumas pessoas podem ter desmaio ou tontura

Além disso, o tempo necessário para responder aos testes e entrevistas pode chegar a tempo aproximado de 45 min. para respondê-las, o que pode lhe gerar cansaço. Em algumas situações, esses procedimentos poderão ser realizados em momentos diferentes para diminuir o desconforto.

As informações que você fornecer, bem como as análises do seu sangue poderão ajudar a entender melhor como funciona a Resiliência, principalmente em relação ao que faz com que as pessoas consigam enfrentar situações difíceis sem desenvolver problemas psicológicos. Dessa forma será possível orientar melhor a população para ampliar essa capacidade. Para você poderá proporcionar a

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
18 / 01 / 2011

identificação de algum problema não antes conhecido, como sintomas de doença psiquiátrica e a detecção de níveis alterados de cortisol e proteína C reativa. Caso isso ocorra poderemos lhe orientar sobre essas alterações e lhe encaminhar para uma avaliação mais detalhada de sua respectiva unidade de saúde.

Todos os seus dados pessoais serão sempre tratados de forma sigilosa e os resultados (informações) desta pesquisa serão publicados de forma coletiva.

Sua participação nesta etapa do estudo é voluntária. Se você não quiser participar ou quiser parar de participar da pesquisa a qualquer momento, isto não afetará de nenhuma forma o seu tratamento.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, do que será feito e o que se espera de mim.
3. Sei que a qualquer momento tenho total liberdade de desistir do estudo
4. Receberei uma via deste termo para guardar estas informações.

Assinatura do Paciente

Ass: _____

Data:

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Ass: _____

Data:

- () Concordo que uma parte do meu sangue seja guardado.
- () Não concordo que uma parte do meu sangue seja guardado.

HCPA / GPPG
 VERSÃO APROVADA
 18/01/2011
 100450 TRV

SRQ

Circule a resposta mais adequada a sua situação (sim ou não)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Você tem dores de cabeça com frequência? | SIM | NÃO |
| 2. Tem falta de apetite? | SIM | NÃO |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO |
| 4. Fica com medo com facilidade? | SIM | NÃO |
| 5. Suas mãos tremem? | SIM | NÃO |
| 6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO |
| 7. Tem problemas digestivos? | SIM | NÃO |
| 8. NÃO consegue pensar com clareza? | SIM | NÃO |
| 9. Sente-se infeliz? | SIM | NÃO |
| 10. Chora mais que o comum? | SIM | NÃO |
| 11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias? | SIM | NÃO |
| 12. Acha difícil tomar decisões? | SIM | NÃO |
| 13. Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)? | SIM | NÃO |
| 14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida? | SIM | NÃO |
| 15. Perdeu interesse pelas coisas? | SIM | NÃO |
| 16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? | SIM | NÃO |
| 17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça? | SIM | NÃO |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO |
| 20. Fica cansado com facilidade? | SIM | NÃO |

ESCORE

ANEXO 06: Childhood Trauma Questionnaire: CTQ

CTQ - CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE

Estas afirmações se referem a algumas de suas experiências enquanto você estava crescendo, desde criança e até sua adolescência. Compreendemos a natureza pessoal de muitas destas questões, mas ainda assim gostaríamos que você tentasse respondê-las o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descrever como você se sentiu. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um **X** na antiga resposta e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	nunca foi verdade	raramente foi verdade	algumas vezes foi verdade	muitas vezes foi verdade	quase sempre foi verdade
1. Eu não tinha comida suficiente para comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu sabia que havia alguém para me cuidar e me proteger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. As pessoas, na minha família, me chamavam de coisas do tipo “estúpido”, “preguiçoso” ou “feio de doer”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Meus pais estavam sempre muito bêbados ou drogados para cuidar da família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Havia alguém na família que ajudava a me sentir especial ou importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu tinha que usar roupas sujas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu me senti amado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu apanhei tanto de alguém da família que por isto tive que ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não havia nada que eu desejasse mudar em minha família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Alguém, em minha família, me bateu tanto que isso me deixou com marcas e contusões (roxo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou várias outras coisas que machucavam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. As pessoas em minha família cuidavam umas das outras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pessoas, em minha família, disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu acredito que fui fisicamente abusado (machucado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquanto eu crescia...	nunca foi verdade	raramente foi verdade	algumas vezes foi verdade	muitas vezes foi verdade	quase sempre foi verdade
16. Eu tive uma infância perfeita.	•	•	•	•	•
17. Eu apanhei tanto que isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.	•	•	•	•	•
18. Eu sentia que alguém na minha família me odiava.	•	•	•	•	•
19. As pessoas da minha família se sentiam próximas umas das outras (como uma família).	•	•	•	•	•
20. Alguém tentou me tocar de maneira sexual ou me obrigou a tocá-lo.	•	•	•	•	•
21. Alguém ameaçou me machucar, ou contar mentiras sobre mim, se eu não fizesse algo sexual com ele ou ela.	•	•	•	•	•
22. Eu tive a melhor família do mundo.	•	•	•	•	•
23. Alguém tentou me obrigar a praticar algo sexual, ou a assistir algum ato sexual, ou coisas relativas a sexo.	•	•	•	•	•
24. Alguém já me molestou (importunou, bolinou, "se passou"comigo).	•	•	•	•	•
25. Eu acredito que fui emocionalmente maltratado (humilhado, ofendido, desvalorizado)	•	•	•	•	•
26. Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisasse.	•	•	•	•	•
27. Eu acredito que fui sexualmente abusado.	•	•	•	•	•
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio sempre que precisei.	•	•	•	•	•

NOME: _____ DATA: _____

Nº PROTOCOLO: _____ ENTREVISTADOR: _____

ANEXO 07: Defensive Style Questionnaire: DSQ-40

DSQ-40**Nome:** _____ **Idade:** _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Eu não tenho medo de nada.

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

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

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

20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26. Eu 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 irritado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

37. Freqüentemente 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

10. Algumas pessoas, às vezes, são acusadas de mentir quando elas acham que não mentiram. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Algumas pessoas, às vezes, olham-se no espelho e não se reconhecem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Algumas pessoas, às vezes, sentem que as outras pessoas, as coisas e o mundo em volta delas não são reais. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Algumas pessoas, às vezes, sentem que seu corpo não parece pertencer a elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Algumas pessoas, às vezes, recordam um acontecimento passado tão nitidamente ou intensamente que elas sentem como se estivessem revivendo este acontecimento. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se algumas coisas realmente aconteceram com elas ou se elas apenas sonharam com estas coisas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar bem conhecido, mas acham que nunca estiveram ali antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Algumas pessoas estão assistindo à televisão ou a um filme e ficam tão envolvidas com a história que não percebem os acontecimento ao seu redor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Algumas pessoas ficam tão envolvidas numa fantasia ou sonhando acordadas que sentem como se isto estivesse realmente acontecendo com elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Algumas pessoas, às vezes, são capazes de não sentir dor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Algumas pessoas, às vezes, ficam sentadas olhando para o nada, pensando em nada, e não percebem a passagem do tempo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Algumas pessoas, às vezes, quando estão sozinhas, falam em voz alta consigo mesmas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se fossem duas pessoas diferentes, porque mudam muito o seu comportamento de uma situação para outra. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Algumas pessoas, em algumas situações, são capazes de fazer com muita facilidade aquilo que normalmente seria difícil para elas (por exemplo, esportes, trabalho, situações sociais etc.). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se fizeram alguma coisa ou só pensaram ter feito aquela coisa (por exemplo, não saber se elas enviaram uma carta ou apenas pensaram em enviá-la) Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Algumas pessoas encontram evidências de terem feito coisas que elas não se lembram de terem feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Algumas pessoas, às vezes, encontram papéis escritos, desenhos ou notas entre as suas coisas que elas provavelmente fizeram, mas não conseguem se lembrar de terem feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Algumas pessoas, às vezes, ouvem vozes dentro de suas cabeças que falam para elas fazerem coisas ou comentam sobre coisas que elas estão fazendo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Algumas pessoas, às vezes, ao olhar ao redor, sentem como se tudo estivesse embaçado, de tal forma que as pessoas e as coisas parecem estar longe ou pouco nítidas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Retirado da Revista Brasileira de Psiquiatria 2004;26(3):164-73

ANEXO 09: Detalhes Metodológicos – Dosagem do BDNF sérico

Quatro mililitros de sangue foram coletados de cada paciente por punção venosa em um tubo a vácuo sem anticoagulante. O sangue foi centrifugado a 4000 g por 10 minutos e o soro foi aliquoteado e mantido congelado a -80 °C até a dosagem. Os níveis séricos de BDNF foram medidos pelo método ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) tipo “sanduíche”, usando um kit comercial de acordo com as instruções do fornecedor (Chemicon, USA).

Brevemente, as placas de microtitulação (96 poços, fundo chato) foram incubadas por 24 h a 4 °C com as amostras diluídas 1:150 no diluente do kit, e a curva padrão variou de 7,8 a 500 pg/mL de BDNF. As placas foram então lavadas quatro vezes com o tampão de lavagem e foi adicionado o anticorpo monoclonal biotilado (produzido em rato) anti-BDNF humano (diluído 1:1000 no diluente do kit), que foi incubado por 3h a temperatura ambiente. Após lavagem, foi feita uma incubação com a enzima *horseradish* peroxidase conjugada com estreptavidina (diluída 1:1000) por 1h a temperatura ambiente. Após adição da solução de parada da reação enzimática, a quantidade de BDNF foi determinada com a utilização de uma leitora de microplacas (absorbância a 450nm). A curva padrão demonstrou uma relação direta entre a densidade óptica e as concentrações de BDNF. A concentração de proteínas totais das amostras foi medida através do método de Bradford¹ (amostras diluídas 1:200 em tampão fosfato-salino), usando albumina de soro bovino como padrão.

A concentração de BDNF presente nas amostras foi expressa em pg de BDNF por ug de proteínas totais.

1. Bradford, M.M. A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding. *Analytical Biochemistry*. 72, 248-254, 1976.