

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

**A INFLUÊNCIA DO VÍNCULO PARENTAL NA REAÇÃO
EMOCIONAL AO TRAUMA EM VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL**

SIMONE HAUCK

Autora

Porto Alegre, 2005

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

A INFLUÊNCIA DO VÍNCULO PARENTAL NA REAÇÃO
EMOCIONAL AO TRAUMA EM VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL

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

SIMONE HAUCK

Autora

LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN

Orientadora

Porto Alegre, 2005

Catálogo-na-Publicação

H368 Hauck, Simone
A influência do vínculo parental na reação emocional
ao trauma em vítimas de violência sexual / Simone Hauck.
- 2005.
123 f.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

Orientadora: Lúcia Helena Freitas Ceitlin.

1. Relações pais-filho 2. Trauma - Estupro 3. Abuso sexual infantil I.
Ceitlin, Lúcia Helena Freitas II. Título

NLM W795

“O indicador mais efetivo da capacidade do paciente de se recuperar de um evento traumático ocorrido na idade adulta está relacionado à natureza e à qualidade de seus primeiros relacionamentos.”

Garland, 2004

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, Ricardo e Evelise, e a toda minha família por acreditar nos seus sonhos. Agradeço também aqueles que fizeram parte do meu caminho, ensinando-me a realizá-los.

Em especial, agradeço ao meu marido Sharbel, amado companheiro, ao meu filho Henrique, “gestado” junto essa dissertação, a minha orientadora, Lúcia Helena, pela sabedoria de orientar sem privar de autonomia, ao Dr. Raul Hartke e aos professores Cláudio Eizirik e Sidnei Schestatsky pelo exemplo e apoio e as minhas companheiras nessa jornada acadêmica, Luciana Terra e Letícia Krueel.

Agradeço ao FIPE – Fundo de Incentivo a Pesquisa, ao GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, a UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao Serviço de Psiquiatria e seus professores, eternos mestres e fonte de inspiração.

Por fim, agradeço às pacientes com as quais compartilhei sofrimento e busquei entender o significado de nascer de novo.

RESUMO

Fundamentação: A importância da relação da criança com seus pais na formação da personalidade é reconhecida desde os primórdios do estudo da mente humana. Diversas psicopatologias foram associadas a distúrbios nessa relação. No entanto, até onde sabemos não há estudos que investiguem o impacto desses vínculos no desenvolvimento de psicopatologia após a exposição a eventos traumáticos na vida adulta. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre a qualidade do vínculo percebido com os pais na infância e a resposta emocional ao trauma na vida adulta em pacientes vítimas de violência sexual. A hipótese de trabalho foi que esse vínculo seria um fator de risco e resiliência para o desenvolvimento de psicopatologia após o evento traumático. A associação poderia existir tanto por influir diretamente nas características do indivíduo como na qualidade das suas relações atuais e da rede social disponível. Como objetivo secundário foi realizada a adaptação transcultural do *Parental Bonding Instrument* (PBI), para viabilizar da forma mais fidedigna possível a investigação da percepção do vínculo com os pais na infância. **Método:** Após revisar a literatura sobre risco e resiliência em situações traumáticas, optou-se pelo uso do *Parental Bonding Instrument* (PBI) para investigar a percepção do vínculo com os pais até os 16 anos. Conseqüentemente, o primeiro passo do estudo consistiu na adaptação transcultural deste instrumento. As mulheres que participaram do estudo foram pacientes que denunciaram o estupro, tendo sido encaminhadas para tratamento

no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NET-TRAUMA) em um período de nove meses. Os critérios de inclusão foram: não apresentar violência física que necessitasse de cuidados médicos específicos, além do atendimento ginecológico de rotina, e ter a primeira avaliação psicológica entre o 2º e o 29º dia após o estupro. Os critérios de exclusão foram retardo mental e sintomas psicóticos, que prejudicariam a compreensão dos instrumentos. Trinta mulheres preencheram os critérios e todas concordaram em participar, assinando consentimento informado. O estupro foi confirmado por perícia médica realizada no Instituto Médico Legal como parte da denúncia formal. Foi investigada a percepção sobre a qualidade do vínculo com os pais na infância através do PBI, a gravidade dos sintomas agudos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) através da *Davidson Trauma Scale* (DTS), a gravidade clínica através da *Clinical Global Impressions Severity of Illness Scale* (CGI-S) e o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) segundo critérios do DSM-IV. Dados clínico-demográficos foram coletados ativamente através de entrevista semi-estruturada. Duas questões tipo *Likert* sobre a percepção de apoio após o trauma foram acrescentadas a entrevista.

Resultados: A adaptação transcultural do PBI consistiu-se na equivalência conceitual, na equivalência dos itens, na equivalência semântica, na equivalência operacional e funcional, obtendo-se aprovação do autor do instrumento original da versão final do PBI para o português brasileiro. Quanto a percepção do vínculo com os pais na infância, a percepção de pais menos afetivos esteve diretamente correlacionada com gravidade ($P < 0,05$), mesmo quando controlando para outros fatores através de modelos de análise hierárquica. Além disso, o diagnóstico de TEA foi mais freqüente em mulheres que perceberam seus pais como menos

afetivos e mais controladores. Após a realização de modelos de regressão hierárquica, além do afeto, a qualidade do apoio percebido esteve inversamente correlacionada à gravidade dos sintomas de TEPT e a idade diretamente correlacionada à gravidade clínica. **Conclusão:** A adaptação transcultural do PBI alcançou os objetivos de equivalência, disponibilizando uma versão em português brasileiro de um instrumento que tem se mostrado muito útil em pesquisas de risco e resiliência nas últimas décadas. Os dados confirmando a hipótese do papel dos vínculos precoces como um importante fator em termos de risco e resiliência em situações traumáticas na vida adulta pode ser um aspecto importante no entendimento de como algumas características individuais influem na resposta ao trauma, levantando questões a serem exploradas em pesquisas futuras.

ABSTRACT

Background: The importance of parental-child relationship in personality development has been recognized since the primordial studies of human mind. Several psychopathologies have been associated with disturbances in this relationship. Nevertheless, there are no studies about the impact of these bonds in psychopathology development after traumatic situations in adulthood. **Objective:** The aim of this study was to examine the association of parental bonding perceived in childhood and the emotional response to trauma in adult rape victims. The study hypothesis was that parental bonding would be a resilience and/or a risk factor for psychopathology after rape. The association could exist both by influencing directly in individual characteristics and in the quality of current relationships and social network. A secondary objective was the cross-cultural adaptation of the Parental Bonding Instrument (PBI). **Method:** After reviewing the literature about risk and resilience in traumatic situations, we decided to use the Parental Bonding Instrument (PBI) to assess perceived parenting until the age of sixteen. Therefore, the first step consisted in the cross-cultural adaptation of this instrument. The subjects who took part in this study were women rape victims who had formally denounced rape and were referred to psychiatric care at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre's Trauma Unit Center during a ninth month period. The inclusion criteria were: women who did not have physical injuries that required medical attention other than routine gynecological assessment, and who had the first psychological evaluation between the 2^o and the 29^o days after rape. The exclusion criteria were mental retardation and psychotic symptoms, which would

hamper the understanding of the research instruments. Thirty women met the criteria and all of them have agreed to be part of the study, and signed informed consent forms. The rape was confirmed by forensic examination as part of the formal legal process. The women were assessed regarding the perception of parental bonding in childhood by means of the PBI and concerning the severity of acute posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms through the Davidson Trauma Scale (DTS). Clinical severity was assessed by means of the *Clinical Global Impressions Severity of Illness Scale* (CGI-S). Clinical-demographic data were actively inquired by means of a semi-structured interview. Two Likert type questions were asked about the perceived support after the trauma. A semi-structured interview, in accordance with the DSM-IV criteria, was done in order to diagnose Acute Stress Disorder. **Results:** Regarding the cross-cultural adaptation of PBI the following steps were performed: conceptual equivalence, item equivalence, semantic equivalence, operational equivalence, functional equivalence, and the approval of the final version by the author of the original instrument. Concerning the perception of parental bonds in childhood, the perception of having less affective parents was correlated with severity ($P < 0.05$), even when controlling for other variables using a hierarchical multivariate step analysis. In addition ASD was more frequent in subjects with less affectionate and more controlling fathers. After the multivariate hierarchical analysis, besides affection, the perception of support was inversely correlated with PTSD symptoms severity and age was directly correlated with clinical impairment. **Conclusions:** The cross-cultural adaptation of PBI has reached the objectives of equivalence, offering a Brazilian Portuguese version of an instrument that has been proven very useful in risk and resilience studies in the last decades. The data confirming the

hypothesis of early bonds as an important factor in risk and resilience in traumatic situations could be an important aspect in understanding how some individual characteristics influence the traumatic response, raising questions to be considered in further research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	HIPÓTESES.....	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo Geral	30
3.2	Objetivos Específicos.....	30
4	PROCEDIMENTOS.....	32
4.1	FASE 1 - Adaptação transcultural do <i>Parental Bonding Instrument</i> (PBI) para o Português Brasileiro (ARTIGO 1).....	32
4.2	FASE 2 - Adaptação da Davidson Trauma Scale (DTS) para o Português Brasileiro	33
4.3	FASE 3 - Estudo da associação entre o vínculo percebido com os pais na infância e a resposta emocional ao trauma de estupro (ARTIGO 2)	34
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
6	ARTIGO 1 – Adaptação Transcultural para o português brasileiro do “ <i>Parental Bonding Instrument (PBI)</i> ”.....	38
7	ARTIGO 2	
•	INGLÊS - Parental bonding and emotional response to trauma: a study of rape victims.....	57
•	PORTUGUÊS - Vínculo parental e resposta emocional ao trauma: um estudo de vítimas de estupro	80
8	DISCUSSÃO	99
9	CONCLUSÃO.....	105
10	REFERÊNCIAS.....	107
	ANEXOS	116
1.	Protocolo	
2.	PARENTAL BONDING INSTRUMENT – Versão para o português brasileiro	
3.	ESCALA DAVIDSON DE TRAUMA	
4.	CGI - ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL - Severidade da Doença	
5.	Estresse Agudo: (2 dias até um mês após o trauma)	
6.	Escala de Percepção de Apoio	
7.	Termo de Consentimento Informado	

1 INTRODUÇÃO

O trauma psíquico real e suas conseqüências para o indivíduo, principalmente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), adquiriu importância científica e social, a partir do estudo das "neuroses de guerra" que ao chamar atenção para esse diagnóstico, evidenciou que as situações traumáticas poderiam ter como conseqüência psicopatologias de alta prevalência e morbidade [1]. Desde a inclusão do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) no DSM-III, em 1980, as conseqüências emocionais que podem advir da exposição a situações traumáticas vêm sendo extensamente estudadas [2]. Breslau e cols. encontraram uma prevalência de TEPT ao longo da vida de 11% para mulheres e 5,5% para os homens, enquanto Kessler e cols. encontraram nos Estados Unidos (EUA) uma prevalência do transtorno ao longo da vida entre 8 e 12%, sendo em média duas vezes mais freqüente nas mulheres [3, 4]. Utilizando os critérios do DSM-III-R, os achados do US National Comorbidity Survey evidenciaram que mais de 50% dos entrevistados haviam sido expostos a pelo menos um evento traumático ao longo da vida, e que aproximadamente 8% destes homens e 20% destas mulheres desenvolveram TEPT, sendo o estupro o trauma associado às maiores taxas de morbidade com uma incidência de TEPT de 65% nos homens e 45,9% nas mulheres [4]. Em realidade, as vítimas de estupro provavelmente constituem o maior grupo de pessoas com TEPT nos EUA [5], tendo um estudo demonstrado que aproximadamente um quarto das mulheres afirmaram ter sido vítimas de estupro e que, entre mulheres com TEPT, 50% haviam sido estupradas

[6, 7]. Diversos autores têm salientado a potencial gravidade do trauma de estupro e algumas especificidades da psicopatologia desencadeada por este tipo de trauma como uma maior incidência de transtornos alimentares, desordens sexuais e transtornos de humor, além da já citada maior incidência de TEPT [5, 8-14].

Não existem estudos epidemiológicos que investiguem a incidência de estupro no Brasil. Os dados do IBGE mais recentes apontam que, em 2003, foram denunciados 14.280 casos de estupro no Brasil, uma taxa de 15,9 casos por 100 mil habitantes do sexo feminino, sendo que 30,67% destas ocorrências foram feitas nas capitais brasileiras. No Rio Grande do Sul, foram denunciados 1329 casos em 2003, totalizando 24,8 casos por 100 mil habitantes do sexo feminino [15]. Em concordância com diversos autores, Jon G. Allen em seu livro *“Coping with Trauma: Hope Through Understanding”* diz que mais alarmante é o fato de que esses dados são provavelmente subestimados, salientando o notório sofrimento adicional a que são submetidas as vítimas durante os procedimentos legais ao optar por denunciar a violência sexual [16-24]. Da mesma forma, diversos autores vêm chamando a atenção para as possíveis conseqüências emocionais que podem advir nas equipes que lidam com esses pacientes, incluindo terapeutas, médicos, assistentes sociais, enfermagem, profissionais dos serviços de emergência, entre outros, gerando, muitas vezes, além do risco de psicopatologia (traumatização vicária), situações de grupo (na equipe de atendimento) e na relação médico-paciente de difícil manejo [23, 25-27].

Segundo o DSM-IV, o diagnóstico de TEPT pressupõe que o indivíduo preencha o critério “A1”, ou seja, vivenciar ou testemunhar um ou mais eventos

traumáticos, que envolvam morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros e o critério “A2” que implica uma resposta emocional de medo intenso, impotência ou horror. Além disso, deve preencher pelo menos 1 dos 5 critérios “B” (re-experienciação intrusiva), 3 dos 7 critérios “C” (evitação e embotamento) e 2 dos 5 critérios “D” (*hyperarousal* ou excitabilidade aumentada). A duração dos sintomas deve ser superior a 1 mês, além de causar sofrimento ou prejuízo significativo. O DSM-IV apresenta o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo que se aplica do 2º ao 29º dia após o trauma e requer a presença de sintomas “A,” B”, “C” e “D” e pelo menos 3 de 5 sintomas dissociativos (distanciamento ou ausência de resposta emocional, redução de consciência quanto as coisas que o rodeiam, desrealização, despersonalização e amnésia dissociativa), além de prejuízo funcional e exclusão de patologias de base que pudessem explicar os sintomas [28]. O diagnóstico de TEA vem sendo questionado como um bom “rastreador” de casos que potencialmente mereceriam tratamento precoce, pois, embora de fato detecte casos mais graves, exclui uma parcela de pacientes com sofrimento significativo e que poderia se beneficiar de intervenção precoce ao priorizar os sintomas dissociativos para o seu diagnóstico [29].

O TEPT tem sido associado a grande morbidade e prejuízo funcional, mesmo em suas formas subclínicas, constituindo uma patologia que em mais de um terço dos casos é crônica, estando presente vários anos após a ocorrência do trauma, mesmo em indivíduos que receberam algum tipo de tratamento [3, 30]. Um grande número de estudos vêm sendo realizados na tentativa de identificar os fatores associados ao desenvolvimento e a manutenção dessa patologia. Por que

algumas pessoas desenvolvem sintomas bastante limitantes, enquanto outras se recuperam relativamente “ilesas” de situações traumáticas de extrema gravidade?

A capacidade de se recuperar de um evento traumático pode ser definida em termos de resiliência, um conceito emprestado da física onde originalmente se refere à capacidade de um material de retornar a sua forma original após ser deformado por uma força. Em termos psicológicos, o conceito de resiliência implica um processo dinâmico que inclui uma adaptação positiva no contexto de adversidade significativa. Estudos em crianças apontaram diversos fatores como importantes na capacidade de resiliência individual, incluindo atributos individuais da criança, aspectos familiares e características do ambiente social. Nas últimas duas décadas o foco das pesquisas empíricas tem se voltado para o entendimento do processo através do qual os fatores protetores agem conferindo capacidade adaptativa aos indivíduos [31].

Pesquisas em indivíduos expostos a situações traumáticas na vida adulta apontam diversos fatores que ocorrem antes, durante e após o evento traumático como relevantes do ponto de vista de risco e resiliência. Além das particularidades do trauma, o diagnóstico de TEA, a gravidade dos sintomas de TEPT no período agudo e a dissociação peritraumática estão fortemente correlacionados com a severidade e com a manutenção do quadro [29, 32-36]. Presença de doença psiquiátrica prévia, capacidade cognitiva, história passada de trauma, características da personalidade do indivíduo, separação precoce dos pais e qualidade da rede social e do suporte emocional disponíveis também têm se mostrado particularmente importantes quando pensamos em vulnerabilidade [3, 11, 37, 38]. Regehr e Marziali propõe a capacidade relacional e a presença de

problemas interpessoais como um possível constructo para entender a contribuição do contexto social na resposta pós-traumática à violência sexual [14].

Do ponto de vista neurobiológico, a resposta normal ao estresse envolve o reconhecimento da situação de perigo e o julgamento de sua intensidade, processo que tem envolvimento direto da amígdala, e o desencadeamento de uma cascata de eventos que envolvem diversas zonas cerebrais. Dentre essas estão o lócus cerúleo e suas projeções para os centros cerebrais de memória atenção e emoção, a ponte reticular caudal, responsável pela ativação da resposta de “sobressalto” (*startle response*), o hipotálamo lateral e a medula ventral rostral, responsáveis pela ativação do sistema simpático, o trato solitário que ativa o sistema parassimpático e a *stria terminalis* que ativará o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Estudos recentes de neuroimagem têm confirmado a importância do sistema límbico no desenvolvimento do TEPT e na regulação da resposta ao estresse. Além da diminuição de volume do hipocampo, uma resposta exagerada da amígdala, juntamente com uma incapacidade de habituação dessa resposta frente à exposição a estímulos negativos repetidos, têm sido implicados [39-41]. Um estudo de Sakamoto e cols. demonstrou uma ativação excessiva da área hipocampal esquerda, associada à memória episódica e autobiográfica, em oposição a uma diminuição de atividade da rede fronto-parietal ventral, associada ao processamento da atenção visual. Esses achados são consistentes com a ocorrência de sintomas de revivência e re-experienciação na vigência de diminuição de atenção e da capacidade de concentração [42].

Na resposta normal ao estresse há um aumento do fator liberador da corticotrofina (CRF) em nível central, promovendo a liberação de corticotrofina

pela hipófise que por sua vez levará ao aumento da adrenalina e do cortisol circulantes liberados pela adrenal. No caso de uma resposta normal, estes níveis voltarão ao basal algumas horas após o término do estressor [43, 44]. Paradoxalmente, uma série de estudos têm evidenciado que indivíduos com TEPT têm níveis de cortisol mais baixos que controles normais e uma resposta exacerbada no teste de supressão com dexametasona, tendo aqueles indivíduos com níveis mais baixos de cortisol no período imediatamente após o trauma um risco maior de desenvolver a doença [44]. No entanto, em conformidade com achados em modelos animais, esses mesmos indivíduos apresentam um nível de CRF aumentado [45, 46]. Uma das hipóteses mais recentes é a de que o cortisol teria um papel importante na interrupção da resposta ao estresse, e que o TEPT seria mais uma falha na recuperação, uma incapacidade de retornar ao estado basal, do que uma resposta inicial alterada. Desta forma, a intensidade da resposta imediata ao estressor e, conseqüentemente, a severidade real ou percebida do trauma estariam longe de ser suficientes para o desenvolvimento de um quadro de TEPT.

Uma das principais questões de pesquisa na última década diz respeito ao papel do efeito tóxico dos glicocorticóides no desenvolvimento de uma resposta anormal *versus* uma disfunção prévia do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. O papel tóxico dos glicocorticóides, particularmente do CRF, ganha importância principalmente quando pensamos em traumas precoces, especialmente aqueles ocorridos antes dos 3 anos de idade, quando as células do hipotálamo são particularmente sensíveis a seu efeito [45, 46]. Atualmente, entende-se que a vulnerabilidade e a capacidade de resiliência existiriam previamente ao evento

traumático e envolveriam os fatores constitucionais e a experiência prévia do indivíduo, que poderiam sensibilizá-lo a uma disfunção neurobiológica frente à cascata de respostas neurobiológicas e psicológicas desencadeadas pelo evento traumático.

Ao revisar os fatores envolvidos no aumento de risco para o desenvolvimento do TEPT, Yehuda (2004) conclui 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 [44]. De fato, uma série de estudos têm apontado a interpretação e a significação subjetiva do evento em si e dos sintomas desencadeados por ele como centrais no desenvolvimento e na manutenção do TEPT [12, 13, 47-49].

Otte e cols. demonstraram um aumento maior dos níveis de catecolaminas frente à exposição a um vídeo com cenas de oficiais da polícia em situações de estresse importante em recrutas da academia de polícia americana que foram vítimas de trauma na infância quando comparados com seus colegas [50]. De fato, uma série de estudos em modelos animais têm evidenciado a importância da ocorrência de situações adversas no início da vida como modificadores definitivos do sistema de resposta ao estresse, podendo ocasionar mudanças no funcionamento mental e no comportamento [51]. Estudos em humanos demonstram que o abuso e a negligência na infância, bem como outros tipos de trauma infantil, estão consistentemente associados ao desenvolvimento de

transtornos de ansiedade na vida adulta [4, 52]. Seguindo os achados em modelos animais [53-55] que apontam um aumento na concentração do CRF em nível central e um aumento da resposta dos sistemas neuroendócrino e simpático ao estresse em animais adultos que foram expostos a situações traumáticas no início da vida, Nemeroff (2004) propõe que a associação entre o trauma infantil e a predisposição a transtornos de ansiedade poderia dever-se a um aumento da resposta neuroendócrina ao estresse na vida adulta [56].

Além disso, diversos estudos que utilizaram modelos animais evidenciaram o efeito protetor de experiências positivas na infância como o comportamento de lamber e acariciar mais os filhotes no início de sua vida frente a eventos adversos futuros, produzindo respostas mais adaptativas tanto do ponto de vista biológico como cognitivo e emocional. De fato, a importância do comportamento do cuidador em determinar o funcionamento neurobiológico infantil tem sido evidenciada por uma série de estudos em modelos animais. A presença de cuidado materno adequado em ratos, após receber choque elétrico no 2º dia de vida, alterou a resposta do hormônio adrenocorticotrófico que retornou a níveis normais [57]. Um estudo de Takahasi e cols. demonstrou que filhotes de rato cegados no 1º dia pós-parto que foram criados por suas mães naturais tinham o seu pico de corticosterona perto do entardecer de acordo com o pico de suas mães um dia após o procedimento, enquanto os filhotes cuidados por uma mãe adotiva após o procedimento tinham o horário de seu pico de corticosterona regulado pelo da mãe em torno da quarta semana, sugerindo uma preponderância de fatores ambientais sobre os constitucionais na determinação do ritmo circadiano do hormônio após um curto período de tempo.

Surpreendentemente, 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 acima da genética ou de outros fatores ambientais [58]. Hancock e cols. encontraram uma predisposição aumentada da ocorrência de compulsão alimentar em resposta ao estresse em ratos expostos a deficiência de cuidado materno [59], enquanto Fish e cols. identificaram o impacto da qualidade da relação precoce de cuidado na expressão do gene do receptor de glicocorticóide hipocampal que teria influência direta na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e no desenvolvimento emocional e cognitivo através da sua ação sobre os mecanismos neurais subjacentes, predispondo o indivíduo a uma resposta mais ou menos adaptativa a situações enfrentadas na vida adulta [60].

A transmissão do modelo de maternagem/cuidado parece depender fortemente das vivências do indivíduo com seu cuidador, sendo que independentemente de outros fatores, ratas separadas precocemente de suas mães apresentaram comportamento materno disfuncional, com uma diminuição do contato físico (comportamento de lambar e acariciar), apesar de uma sexualidade preservada e da amamentação adequada de seus filhotes [61]. Quando examinadas transgeracionalmente, essas alterações seguem presentes nas próximas gerações, independentemente da ausência de separação física [62]. De fato, a presença do comportamento de lambar e acariciar parece ser determinante no desenvolvimento neuroendócrico, influenciando, por exemplo, a ativação do hormônio liberador de corticotrofina e a inibição da expressão de

comportamentos e respostas neuroendócrinas ao estresse, através da ação do ácido gama-amino-butírico (GABA) sobre o sistema noradrenérgico ventral [63]. O entendimento dos mecanismos subjacentes à influência do meio nas características individuais pode vir a esclarecer e possibilitar a intersecção entre os aspectos biológicos e alguns dos principais aspectos das teorias psicológicas desenvolvidas ao longo dos últimos cem anos.

Do ponto de vista psicanalítico, o mundo interno da criança está profunda e irrevogavelmente formado por suas primitivas relações com seus objetos primários, representações internas das figuras importantes no início de sua vida. Associadas às fantasias do bebê, essas representações determinam a natureza de sua relação com o mundo. Os bons relacionamentos da infância são internalizados para estruturar um núcleo estável e seguro da personalidade do indivíduo. No início do Século XX, Freud postulou a existência de um “escudo protetor” ou filtro de estímulos que teria a função de proteção do ego [64], e que faria parte da função materna nos primeiros anos de vida. Em realidade, hoje esse filtro poderia ser entendido como o resultado da internalização dessas relações boas com os objetos primários e conferiria ao indivíduo uma maior ou menor capacidade de lidar com eventos traumáticos futuros.

No processo de atribuir significado aos acontecimentos, o trauma atual fica inconscientemente ligado a vivências do passado e o presente passa a ser vivido como se fosse o passado. Quando passamos por um evento traumático, experiências de medo, abandono e desamparo, vivenciadas no período de vida inicial, vêm à tona, e, por um momento, o indivíduo se sentirá perdido, extremamente vulnerável, abandonado pelos seus “objetos bons”: “alguém ou

alguma fez isso ou não impediu que acontecesse”. Há um sentimento preponderante de desconfiança. Todos são suspeitos. Medo e ódio, juntamente com o desejo de reverter o trauma, podem dominar o funcionamento mental. O mundo parece dividido em preto e branco. Objetos perigosos, sádicos e perseguidores ganham força e a capacidade de simbolização é perdida [8]. É a força dos bons relacionamentos internalizados que permitirá ao indivíduo uma recuperação do equilíbrio, da estabilidade e da confiança em um mundo estável e razoavelmente previsível [65]. Sentimentos de impotência, medo e terror levam a uma ruptura das defesas contra a ansiedade, e o indivíduo torna-se incapaz de funcionar normalmente. De todas as fontes internas de ansiedade a mais esmagadora é a de morte, ou a ansiedade de aniquilação, que é “re-vivida” intensamente. Há um luto necessário pela identidade e pela vida anteriores ao trauma e definitivamente perdidas. O indivíduo nunca será o mesmo de antes do trauma, mas este pode ser integrado e elaborado, deixando de ser um “corpo estranho”, e uma vida criativa e mais flexível pode ser retomada: há novamente a possibilidade de um futuro pessoal. Segundo Garland (2004), o indicador mais efetivo da capacidade do paciente de se recuperar de um evento traumático ocorrido na idade adulta está relacionado à natureza e à qualidade de seus primeiros relacionamentos [8, 65].

A forma de entender, contextualizar e elaborar a memória traumática e os sentimentos desencadeados pelo trauma é individual e terá correlação direta com as experiências passadas do indivíduo. Dentre os aspectos considerados importantes no desenvolvimento da personalidade e na capacidade de formar vínculos saudáveis na vida adulta, a relação com os pais na infância parece ter

papel central e poderia influir diretamente na capacidade do indivíduo em superar uma situação traumática, além de interferir no desenvolvimento neurobiológico do indivíduo. Distúrbios nessa relação têm sido associados ao aumento de risco para uma série de doenças mentais [66-73].

Na década de setenta, John Bolwby desenvolveu a teoria do apego que considera a existência de um comportamento inato da criança de buscar o cuidador, principalmente em situações de medo e perigo, que teria uma função adaptativa de propiciar proteção no início da vida e desencadear o comportamento de cuidado (afeto/ proteção) por parte do cuidador [74]. Esse comportamento predomina nos três primeiros anos de vida e ressurge na vida adulta sempre que o indivíduo está doente, com medo ou em situações de mudança significativa. Relações atuais podem ser influenciadas ou completamente distorcidas pelas experiências infantis com os pais. Até os três anos o padrão seria sujeito a mudanças e mais dependente do comportamento dos pais em relação à criança do que de características “inatas” desta, embora as últimas também sejam importantes, principalmente em termos de resiliência [75]. Uma vez estabelecido o padrão, este tende a persistir, a não ser que aja alguma intervenção terapêutica [76]. A relação da criança com seus pais é influenciada por três aspectos principais: características da criança, dos pais e da relação dinâmica entre eles. Além do comportamento da criança, a resposta dos pais no sentido de estarem atentos, disponíveis, sensíveis as 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 funcionariam como uma “base segura”, resultando em segurança e

competência para explorar e se relacionar com o mundo. O indivíduo se tornaria confiante e esperançoso, aumentando o esforço mediante falhas/obstáculos, sendo mais “resistente” a situações adversas, sentindo-se capaz de se ajudar e de ser ajudado [76-78]. Poderia se pensar nesse padrão de vínculo como um fator de resiliência, que facilitaria a adaptação do indivíduo a situações adversas na vida adulta. Por outro lado, se os pais estão freqüentemente indisponíveis ou não reconhecem as necessidades da criança, se estabelece o que Bolwby chamou de apego inseguro ansioso-resistente e a criança torna-se “grudenta”, excessivamente ansiosa em relação a separações e em sua exploração do mundo. Outra possibilidade de apego inseguro é o ansioso-evitativo, 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 sem precisar de ninguém [76-78]. 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 piora dos sintomas, aumentando o risco de psicopatologia.

Podemos entender situações adversas importantes nas relações iniciais como negligência e abuso físico ou emocional como traumas de apego que podem impossibilitar a capacidade futura de formar relacionamentos com apego seguro (18). Pessoas com vínculos primários disruptivos tendem a estabelecer padrões de relacionamento mais conturbados na vida adulta, dispondo de pior suporte social e emocional para lidar com as conseqüências do trauma atual [77, 78].

Uma das formas de avaliar a qualidade do vínculo entre a criança e seus pais é através do padrão de comportamento dos pais, o qual mostrou-se mais importante do que o comportamento da criança no estabelecimento de um vínculo de qualidade em estudos de seguimento [75]. O *Parental Bonding Instrument* (PBI) foi desenvolvido para medir a contribuição dos pais nesse vínculo, a partir de análises fatoriais sucessivas de 114 itens retirados da literatura considerados qualidades parentais importantes para o desenvolvimento normal. [79]. O PBI é uma escala auto-aplicável tipo *Likert* (0 a 3) com 25 perguntas em relação ao pai e a mãe, em que o sujeito responde o quão parecido aquele comportamento é com o comportamento dos pais até os seus 16 anos. Mede dois constructos: o primeiro, afeto, mais consistente e claramente bipolar (afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade *versus* frieza e rejeição) e o segundo nomeado controle ou proteção (controle, intrusão *versus* encorajamento da autonomia) [79]. Existem divergências se uma análise de três fatores independentes, separando o constructo controle/ proteção em 2 fatores, além do fator afeto, em um fator que seria restrição da liberdade psicológica e outro a ser nomeado encorajamento de autonomia não poderia melhorar as características psicométricas desse instrumento, inclusive aumentando a sensibilidade do instrumento para fatores de risco associados ao constructo controle/ proteção [45, 80-89].

O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas, e a falta de afeto, principalmente quando associada a excesso de controle (*affectionless control*), foi associada a patologias na vida adulta como depressão, ansiedade, suicídio, transtornos de personalidade entre outras [66-73, 90-94]. Recentemente, a

estabilidade do PBI em uma coorte de 20 anos em uma população primariamente não clínica, controlando para gênero, saúde física e mental (incluindo alterações de humor e neuroticismo), aspectos do estilo de vida, trabalho e rede social, além de eventos de vida significativos (positivos e negativos), sendo o nascimento de filhos uma variável independentemente analisada, demonstrou que o PBI é de fato um instrumento psicometricamente robusto, estável ao longo do tempo e com mínima influência das variáveis em estudo, consolidando-se como um instrumento muito útil em pesquisas de risco e resiliência [95]. Além disso, o PBI foi adaptado, validado e utilizado em diversas culturas sem alteração significativa do constructo [81, 83, 96]. Da mesma forma, outros estudos demonstraram que fatores emocionais e alterações de humor parecem não afetar a percepção desses vínculos, mesmo quando o instrumento é primariamente aplicado em populações severamente doentes e replicado após intervalos consideráveis de tempo [97, 98].

Estudos que utilizaram o PBI em vítimas de abuso sexual na infância demonstraram que aquelas pessoas que perceberam seus pais como menos afetivos e mais controladores não só apresentaram mais dificuldades de ajustamento na vida adulta como foram mais expostas a abuso sexual na infância [58, 99-101].

Não está claro, porém, se este segue sendo um fator de risco e resiliência em traumas sofridos na vida adulta. Pode-se supor que aquelas pessoas com relações iniciais de melhor qualidade teriam mais recursos para elaborar uma situação traumática, enquanto aquelas com relações iniciais conturbadas tenderiam a desenvolver maior sintomatologia e dificuldades de ajustamento após o trauma, além de dispor de relações interpessoais atuais de pior qualidade.

Se pensarmos na equação etiológica de Freud [64], que apontava para a importância da interação entre os fatores constitucionais e o ambiente no processo saúde-doença, a integração das diferentes teorias e avanços científicos da atualidade nos permite tentar compreender a resposta individual ao estresse de forma mais abrangente. O papel das relações precoces tem se mostrado cada vez mais importante, influenciando diretamente nos diferentes fatores dessa equação, seja diretamente na expressão gênica e no funcionamento neuroendócrino, seja na formação da personalidade e dos esquemas cognitivos do indivíduo, determinando a forma como esse irá interagir com o mundo.

2 HIPÓTESES

- Vítimas de estupro com uma melhor percepção da qualidade do vínculo com os pais na infância, ou seja, maiores escores de afeto e/ou menores escores de controle/restrrição de autonomia teriam menos sintomatologia clínica no período agudo.
- Pacientes com diagnóstico de TEA teriam maior gravidade de sintomas e piores vínculos com os pais.
- O tipo de vínculo com os pais teria associação com as medidas de desfecho.
- Outros fatores associados a gravidade da sintomatologia aguda como idade, gravidade do trauma, cognição (inferida por anos de estudo), momento da avaliação, história prévia ou familiar de doença psiquiátrica, trauma prévio, qualidade da rede de apoio conforme percepção da paciente e comorbidades clínicas, embora pudessem influir nos desfechos, não anulariam a associação quanto controlados estatisticamente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Investigar a associação entre o vínculo parental e a gravidade dos sintomas em pacientes vítimas de estupro.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar a adaptação transcultural do *Parental Bonding Instrument (PBI)*;
- Investigar a associação entre o vínculo parental e o diagnóstico de transtorno de estresse agudo;
- Investigar a associação entre história passada de doença psiquiátrica e a gravidade dos sintomas no período agudo;
- Investigar a associação entre história de trauma prévio e a gravidade dos sintomas no período agudo;
- Investigar a associação entre fatores como a escolaridade, a idade e o momento em que foi realizada a avaliação e a gravidade dos sintomas no período agudo;

- Investigar a associação entre a percepção de apoio no período peritraumático e a gravidade dos sintomas no período agudo.

4 PROCEDIMENTOS

4.1 FASE 1 - Adaptação transcultural do *Parental Bonding Instrument* (PBI) para o Português Brasileiro (ARTIGO 1)

Nessa fase, dois grupos de psiquiatras traduziram independentemente o instrumento original e aplicaram a sua versão independentemente (V1 e V2) em grupos de indivíduos de nível educacional variado com diferentes diagnósticos psiquiátricos, inclusive em pacientes vítimas de violência sexual semelhantes aquelas do estudo principal. Após essa fase, os grupos se reuniram, realizando ajustes no instrumento, o que gerou a versão 3 (V3).

Essa versão foi retro-traduzida por um tradutor independente fluente em português, cuja língua nativa é o inglês e por um tradutor independente fluente em inglês, cuja língua nativa é o português brasileiro. Foi realizada equivalência semântica, a partir da metodologia sugerida por Herdman et al. [102], a partir do que foram realizados ajustes que geraram a versão final, a qual foi novamente retrotraduzida e enviada juntamente com a versão final em Português Brasileiro ao autor do instrumento original que aprovou na íntegra a versão definitiva (ANEXO 8).

4.2 FASE 2 - Adaptação da Davidson Trauma Scale (DTS) para o Português Brasileiro

A DTS é uma escala composta por 17 perguntas que correspondem aos 17 critérios diagnósticos do DSM-IV e seus subgrupos. É necessário para o preenchimento da escala que o indivíduo preencha o critério “A” do DSM-IV. O paciente pontua de 1 a 4 cada um desses sintomas em relação à frequência e ao grau de sofrimento associado. A DTS encontra-se testada em sua versão original quanto à validade e à confiabilidade, mediante os seguintes procedimentos: confiabilidade teste-reteste ($r=0,86$), consistência interna ($\alpha=0,99$), validade concorrente (contra o CID-I; $p<0,0001$), convergente ($r=0,78$), discriminante ($r=0,04$) e validade preditiva. O processo de adaptação da DTS para o Português Brasileiro deu-se mediante discussão e tradução por um grupo de especialistas composto por membros do NET-TRAUMA e do Grupo Hospitalar Conceição (sob coordenação do Dr. Airton Stein). Como a DTS é uma adaptação dos 17 critérios do DSM-IV, a tradução deste manual para o português foi respeitada, bem como os ajustes necessários em alguns itens realizados pelo autor do instrumento original, no sentido de ser um instrumento auto-aplicável. A aparência da escala e o sistema de pontuação foram preservados. O Instrumento adaptado foi primeiramente testado em uma amostra de pacientes de uma unidade de saúde primária do GHC e, posteriormente, utilizado por Stein e colaboradores para um estudo de rastreamento de TEPT nesta população [103, 104].

4.3 FASE 3 - Estudo da associação entre o vínculo percebido com os pais na infância e a resposta emocional ao trauma de estupro (ARTIGO 2)

Foram convidadas a participar do estudo as mulheres vítimas de estupro encaminhadas para atendimento no NET-TRAUMA HCPA em um período de 9 meses, que tiveram o estupro confirmado por perícia no Instituto Médico Legal, que não necessitaram de atendimento médico outro que não o atendimento ginecológico de rotina (com o objetivo de homogeneizar as variáveis relacionadas à gravidade do trauma), que compareceram para primeira avaliação entre o 2º e o 29º dia após o estupro, que não estivessem psicóticas ou apresentassem retardo mental clinicamente evidente, e que concordaram em participar, assinando consentimento informado. Trinta mulheres preencheram os critérios de inclusão/exclusão e todas concordaram em participar do estudo.

A DTS (ANEXO 3) e o PBI (ANEXO 2) foram auto-preenchidos antes da primeira consulta clínica, após a qual o(s) terapeuta(s), profissionais da área de saúde mental, habituados ao atendimento desse tipo de caso, preencheram o escore da gravidade clínica através da *Clinical Global Impressions Severity of Illness Scale* (CGI-S) (ANEXO 4) [28, 105, 106]. Os dados clínico-demográficos como escolaridade, idade, história psiquiátrica prévia, incluindo de trauma passado e abuso sexual, bem como o tempo decorrido do estupro (dias) e o tipo de agressor (conhecido *versus* desconhecido) foram pesquisados ativamente através de entrevista semi-estruturada (ANEXO 1). Além disso, os módulos de

Depressão, Transtorno do Pânico e Ansiedade Generalizada do *Mini International Neuropsychiatric Interview* foram aplicados retrospectivamente para investigar as patologias mais associadas à gravidade do TEPT [107]. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, segundo critérios do DSM-IV, para efetuar o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) (ANEXO 5) [28]. A percepção subjetiva da “eficácia” da rede de apoio por parte da paciente foi inferida através de 3 perguntas em uma escala *likert* (0-4) (ANEXO 6). Após análise estatística, e discussão do entendimento das perguntas com as pacientes em separado, optou-se por avaliar a percepção de apoio considerando as 3 perguntas mas, também, somente a 1ª e a 2ª, já que algumas das pacientes entenderam a pergunta 3: “Eu fiquei triste com a maneira como as outras pessoas agiram”, como a ação do estuprador.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi apresentado para todas as participantes do estudo um consentimento livre e esclarecido (ANEXO 7), bem como todas as explicações quanto ao objetivo e as questões éticas envolvidas foram reforçadas verbalmente. A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado. Esse tipo de entrevista apresenta risco para as pacientes, no sentido de tocar em assuntos potencialmente estressantes do ponto de vista psíquico. Porém, as entrevistas foram realizadas por entrevistadores diretamente ligados ao atendimento dessas pacientes no ambulatório, tendo experiência com esse tipo de situação. Nesse sentido, os assuntos abordados nas entrevistas são bastante semelhantes àqueles discutidos no tratamento clínico, e, sendo as pesquisadoras parte da equipe que faz esse atendimento, isso diminui consideravelmente os riscos da entrevista no sentido de uma possível re-traumatização ou da mesma ser entendida pela paciente como uma invasão. Além disso, a paciente pôde optar por se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento. O Projeto foi aprovado pelo GPPG (03-267).

6 ARTIGO 1

“Adaptação Transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument”

(Aceito para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul)

Título:

**Adaptação Transcultural para o português brasileiro do
“Parental Bonding Instrument (PBI)”**

**Cross-Cultural Adaptation of Parental Bonding Instrument (PBI) to
Brazilian Portuguese**

Autores:

**Simone Hauck^a, Sidnei Schestatsky^b, Luciana Terra^c, Laís Knijnik^d,
Patrícia Sanchez^e, Lucia Helena Freitas Ceitlin^f**

Local de Realização: Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Núcleo de Estudos do Trauma (NET TRAUMA) e Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço da Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Psiquiatria. Rua Ramiro Barcelos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco. CEP 900035-903. Fone: 21018294.

Autor responsável pela correspondência: Simone Hauck

^a Médica Especialista em Psiquiatria. Mestranda em psiquiatria pela UFRGS. Médica contratada do HCPA.

^b Médico Especialista em Psiquiatria. Mestre em Saúde Pública pela Harvard. Doutorando em psiquiatria pela UFRGS. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS.

^c Psicóloga. Auxiliar de Pesquisa do Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma do HCPA (NET TRAUMA).

^d Médica Especialista em Psiquiatria. Supervisora e auxiliar de pesquisa do Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma do HCPA (NET TRAUMA).

^e Médica Especialista em Psiquiatria. Mestranda em psiquiatria pela UFRGS.

^f Médica Especialista em Psiquiatria. Mestre em Saúde Pública pela Harvard. Doutora em Clínica Médica pela UFRGS. Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS e do Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFRGS.

Endereço: Dra. Simone Hauck

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Psiquiatria.

Rua Ramiro Barcelos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco.

CEP 900035-903.

E-mail: shauck@terra.com.br

Fone: (51) 91128585/ 30267251/ 21018439

Resumo:

Objetivo: O artigo apresenta a adaptação transcultural do *Parental Bonding Instrument (PBI)*, um questionário auto-aplicável desenvolvido em 1979 e usado desde então para avaliar a percepção da qualidade do vínculo com os pais até os 16 anos.

Método: Foram realizadas as etapas de equivalência conceitual, equivalência dos itens, equivalência semântica, equivalência operacional, equivalência funcional e aprovação da versão final pelo autor original do instrumento. Resultados: Os critérios de equivalência foram satisfeitos, tendo a versão final sido aprovada pelo autor do instrumento original.

Conclusão: A adaptação do PBI disponibiliza para uso um instrumento que já demonstrou ser extremamente útil em pesquisas de risco e resiliência nas últimas décadas, ao avaliar a percepção de características do comportamento dos pais tradicionalmente associadas ao desenvolvimento da personalidade.

Descritores: Tradução, Pais, Apego ao Objeto, Instrumento de Vínculo Parental.

Abstract:

Objective: The aim of this article is to present the cross-cultural adaptation of the Parental Bonding Instrument to Brazilian Portuguese, which is a self-reporting questionnaire developed in 1979, and used since then to measure the subjective experience of being parented to the age of 16 years. Method: The following steps were performed: conceptual equivalence, item equivalence, semantic equivalence, operational equivalence, functional equivalence and approval of the final version by the author of the original instrument. Results: The study has reached the objectives of equivalence, and the final Brazilian Portuguese version has been approved by the original author. Conclusions: As a result, the study provides a Brazilian Portuguese version of an instrument that has been proven very useful in risk and resilience studies in the last decades, assessing the perception of parental characteristics traditionally related to personality development.

Keywords: Translating, Parents, Object Attachment, Parental Bonding Instrument.

Resumen:

Objetivo: El artículo presenta la adaptación transcultural del *Parental Bonding Instrument*, un cuestionario auto-aplicable echo en 1979 y que se utilizó desde entonces para evaluar la opinión de la calidad del enlace con los padres hasta los 16 años. Método: Las etapas realizadas fueran la equivalencia del concepto, la equivalencia de ítems, la equivalencia de la semántica, la equivalencia operacional y finalmente la aprobación de la versión final por el autor original del instrumento. Resultados: El estudio alcanzó objetivo para satisfacer la equivalencia de los criterios, teniendo la versión final sido aprobada por el autor del instrumento original. Conclusión: Fue viabilizado para el uso un instrumento que ya ha sido extremadamente útil en la investigación del riesgo y la resistencia en las últimas décadas, al evaluar la opinión de las características del comportamiento de los padres que tradicionalmente se asocian al desarrollo del personalidad.

Palabras clave: Traducción, Padres, Apego a Objetos, Instrumento del Enlace con los Padres.

Introdução:

A importância da relação com os pais na infância no desenvolvimento da personalidade é tradicionalmente reconhecida pelos diferentes teóricos da psicologia. Estudos em humanos e em modelos animais evidenciaram que, além dos aspectos constitucionais, o comportamento real dos pais no sentido de oferecer carinho e proteção sem restringir a autonomia é central no desenvolvimento da capacidade de lidar com situações adversas na vida adulta e na diminuição do risco para psicopatologia, além de possibilitar o estabelecimento de vínculos saudáveis¹⁻¹⁰. Esse efeito parece ocorrer através de fatores comportamentais, mas também devido a alterações neurobiológicas definitivas e modelagem da expressão gênica, tendo impacto direto em fatores de risco e resiliência herdados geneticamente¹¹⁻²³.

Com o objetivo de medir a contribuição do comportamento dos pais no desenvolvimento de um vínculo adequado entre pais e filhos, o Parental Bonding Instrument (PBI) foi elaborado em 1979 através de análises fatoriais sucessivas, a partir de 114 itens retirados da literatura e considerados qualidades parentais importantes para o desenvolvimento normal²⁴. O PBI é um instrumento auto-aplicável tipo Likert (0 a 3) com 25 perguntas em relação ao pai e à mãe, em que o sujeito responde o quão parecido aquele comportamento é com o comportamento dos pais até os seus 16 anos. Este instrumento mede dois constructos: o primeiro, afeto, mais consistente e claramente bipolar (afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade *versus* frieza e rejeição) e o segundo controle ou proteção (controle, intrusão *versus* encorajamento da autonomia).

O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas, e a falta de afeto, principalmente quando associada a excesso de controle (*affectionless control*), foi associada a patologias na vida adulta como depressão, ansiedade, suicídio, transtornos de personalidade entre outras^{1-8; 25-29}. Recentemente, a estabilidade do PBI em uma coorte de 20 anos em uma população primariamente não clínica, controlando para gênero, saúde física e mental, incluindo alterações de humor e neuroticismo, aspectos do estilo de vida, trabalho e rede social, além de eventos de vida significativos (positivos e negativos), sendo o nascimento de filhos uma variável independentemente analisada, demonstrou que o PBI é, de fato, um instrumento psicometricamente robusto, estável ao longo do tempo e com mínima influência das variáveis em estudo, consolidando-se como um instrumento muito útil em pesquisas de risco e resiliência³⁰. Além do mais, o PBI foi adaptado, validado e utilizado em diversas culturas sem alteração significativa do constructo³¹⁻³⁵. Além disso, já foi consistentemente evidenciado que fatores emocionais e alterações de humor parecem não afetar a percepção desses vínculos, mesmo quando o instrumento é primariamente aplicado em populações severamente doentes e replicado após intervalos consideráveis de tempo³⁵⁻³⁶.

A adaptação de instrumentos de pesquisa em diferentes culturas tem recebido atenção especial por envolver questões culturais e de linguagem que podem comprometer de forma importante a validade conceitual e as propriedades psicométricas do instrumento. A adaptação de um instrumento para uma cultura diferente daquela para o qual foi originalmente desenvolvido e validado envolve diversas etapas. Embora não haja consenso, é bem estabelecido que a avaliação semântica é apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação.

O modelo de adaptação proposto por Herdman e colaboradores. (1998) utiliza uma abordagem que admite a possibilidade de interlocução, mas não assume *a priori* a equivalência entre constructos nas diferentes culturas. O roteiro proposto inclui a apreciação da equivalência dos conceitos e dimensões apreendidas pelo instrumento original na cultura alvo da nova versão, bem como a adequação de cada item do instrumento no sentido de avaliar os conceitos na população onde o instrumento pretende ser utilizado. Somente após essa etapa verifica-se a equivalência semântica, os aspectos operacionais e, por fim, as propriedades psicométricas da nova versão ³⁷. Esse roteiro foi utilizado em nosso meio por Moraes e colaboradores que adaptaram um sistema de pontuação para a verificação da equivalência semântica na adaptação transcultural do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” para identificar violência entre casais no nosso meio³⁸. Seguindo Moraes e colaboradores, Fiszman e colaboradores utilizaram essa metodologia na adaptação do instrumento “*Dissociative Experiences Scale*” em nossa cultura ³⁹.

Sendo assim, esse estudo tem por objetivo apresentar o processo de adaptação transcultural do PBI para o português brasileiro no que diz respeito à equivalência conceitual, equivalência dos itens, equivalência semântica, equivalência operacional, equivalência funcional e aprovação da versão final pelo autor original do instrumento.

Método:

Foi utilizado nesse estudo uma adaptação do método utilizado por Moraes e colaboradores para validação do instrumento *CTS2* ³⁸.

Avaliação da equivalência conceitual e de itens

Essa etapa constituiu na discussão dos conceitos e dos itens do instrumento por um grupo de especialistas composto por dois psiquiatras, dois terapeutas de família, dois psicanalistas, um psiquiatra da infância e da adolescência, uma assistente social e um médico comunitário. O foco da discussão inicial foi a consideração das diferentes formas de expressão de afeto em nosso meio, das peculiaridades da relação pais e filhos que pudessem diferir nas diferentes culturas, bem como das questões relacionadas ao cerceamento de liberdade e ao encorajamento de autonomia na nossa cultura. Após esta etapa, cada item foi avaliado no sentido de verificar se este media a dimensão proposta em nossa população, tanto em relação ao afeto, quanto ao controle (restrição *versus* encorajamento de autonomia). Nessa primeira fase foi realizada uma revisão bibliográfica que priorizou as publicações que deram origem ao instrumento, bem como aquelas que utilizaram o PBI ao longo das últimas décadas. Essa etapa visa conhecer os conceitos e definições teóricas que embasam o constructo, bem como as estratégias utilizadas para a escolha dos itens que compõe a escala.

Avaliação da equivalência semântica

A avaliação da equivalência semântica foi composta por diversas etapas. Primeiramente a equipe de pesquisa foi separada em dois grupos que realizaram a tradução para o português brasileiro de forma independente, gerando as versões V1 e V2. Após essa etapa, foi realizado um piloto que incluiu pacientes com diferentes psicopatologias, com nível de instrução que variou entre um e 13 anos completos de estudo e estudantes de psicologia, enfermagem e medicina voluntários. A idade dos participantes do primeiro piloto variou de 16 a 67 anos. Um dos grupos aplicou a V1 em pacientes do Centro de Atenção Primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAPS-HCPA) e em estudantes

de medicina e enfermagem voluntários, enquanto o outro grupo aplicou a V2 em pacientes do ambulatório de psiquiatria do HCPA, em pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do HCPA e em estudantes de psicologia e medicina voluntários. Nessa fase o entendimento dos itens foi cuidadosamente discutido com os participantes.

A partir do piloto, o grupo se reuniu para elaborar uma terceira versão (V3), considerando os resultados obtidos e rediscutindo os aspectos relacionados à equivalência dos itens. Foi, então, verificada a equivalência semântica entre a V3 e a versão original do instrumento (OR). Existem diversos critérios a serem considerados na fase de equivalência semântica, que engloba o significado referencial (idéias e objetos), conotativo (resposta emocional evocada por cada palavra e pela sentença como um todo), afetivo (uma palavra da tradução pode refletir um julgamento moral do tradutor, por exemplo), além da própria questão da estruturação gramatical da sentença, em que, de fato, se deve modificar a ordem das palavras no sentido de manter o significado ou a ênfase do original sempre que necessário. Com esse objetivo, optou-se por apresentar a V3 a dois tradutores independentes que não conheciam o instrumento original, não psiquiatras, um deles tendo como língua nativa o inglês e fluente em português (T1) e outro tendo como língua nativa o português e fluente em inglês (T2). A partir dessas retro-traduções e da comparação com o instrumento original (OR), os autores pontuaram a equivalência entre os pares de itens e o instrumento original quanto ao significado referencial com notas variando de 0-100% (A1) e ao significado geral (A2) seguindo o sistema de pontuação de Morais e colaboradores: “IN” inalterado, “PA” pouco alterado, “MA” muito alterado e “CA” completamente alterado ^{38, 39}. Essa pontuação foi realizada por 3 autores de forma independente, e o grupo discutiu eventuais divergências com o objetivo de obter um consenso.

Avaliação da equivalência operacional e funcional

A equivalência operacional consiste na possibilidade da utilização do questionário na mesma formatação, modo de administração e métodos de mensuração do instrumento original. O quanto o instrumento mede em nosso meio o que se propõe a medir na cultura onde foi originalmente desenvolvido constitui a equivalência funcional. Nesse sentido a versão final do PBI (ANEXO 1) foi novamente aplicada em uma população semelhante à do primeiro piloto, quando foram verificadas a equivalência operacional e a equivalência funcional.

Por fim, a versão final foi novamente retro-traduzida e apresentada ao autor do instrumento original, juntamente com a discussão das diferentes etapas do processo de adaptação.

Resultados:

Apreciação da equivalência conceitual e de itens

A discussão do grupo de especialistas e a revisão bibliográfica sugeriram que os conceitos relacionados ao comportamento parental e utilizados na elaboração do instrumento eram igualmente relevantes nas diferentes culturas. Além disso, de forma geral, os itens foram considerados adequados na avaliação das duas dimensões estudadas: afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade *versus* frieza e rejeição e controle e intrusão *versus* encorajamento da autonomia. Foi considerada também a utilização prévia do PBI em culturas bastante distintas sem modificação do constructo e com propriedades psicométricas semelhantes, bem como sua capacidade de discriminar populações com diferentes patologias nas diferentes culturas em que já foi validado. A partir do primeiro piloto, o grupo reconsiderou os aspectos relacionados à equivalência dos itens, a partir do

entendimento do significado dos mesmos pelos sujeitos e levando em conta a versão original do instrumento. No item 16 a tradução de “Made me feel like I wasn’t wanted” por “Fazia com que eu sentisse que não era desejado” foi interpretada por uma parte dos sujeitos no sentido sexual, optando-se pela palavra “querido” na versão resultante. Além disso, o item 20 foi modificado, a partir do piloto, porque diversos sujeitos entenderam que “Sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela/ele estivesse por perto” referia-se a um sentimento do sujeito e não dos pais. Optou-se, então, por acrescentar ela/ele no início da frase: “Ela/ele sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela/ele estivesse por perto”. Essa etapa deu origem à terceira versão (V3).

Avaliação da equivalência semântica

Quanto ao significado referencial utilizou-se a média das avaliações quando houve divergência nos resultados. Nos itens pontuados com uma equivalência inferior a 90% (2, 11, 17 e 20), houve uma rediscussão da adequação da tradução para o português. Quanto ao significado geral não houve divergência entre os juízes, e todos os itens foram considerados inalterados, exceto o 11 e o 17. Durante essa etapa, optamos por substituir a palavra “triste” por “chateado” na questão 17 por critério conotativo.

Finalmente, a versão final (Anexo 1) foi aplicada novamente em uma população piloto, que não referiu dificuldades no preenchimento do instrumento; porém, em termos de equivalência operacional, discutimos com o autor do instrumento original a possibilidade de apresentar a versão para o pai e a mãe em separado, devido à conjugação dos adjetivos conforme o gênero na nossa cultura. Apresentamos a versão final (ANEXO 1) conforme o modelo de formatação do original, que foi novamente retro-traduzida e enviada ao autor do instrumento original. Na discussão da versão final com o autor, ele considerou adequadas as duas formas de operacionalização, bem como a versão final do PBI para o português brasileiro “... *close enough to be completely acceptable*” (...)

“suficientemente semelhante para ser completamente aceitável”).

Discussão:

A equivalência funcional de uma adaptação transcultural supõe que o instrumento mede o que se propõe nas diferentes culturas e engloba todo o processo descrito, além da avaliação das propriedades psicométricas do instrumento na cultura para o qual se pretende utilizá-lo. Nesse sentido, é importante comparar se os resultados dos estudos que utilizem este instrumento em nosso meio serão semelhantes àqueles encontrados em outras culturas, bem como se faz necessário para a sua validação final a utilização de estudos de análise fatorial, da consistência interna através do teste α de Cronbach ⁴⁰ e a medida adequada dos itens através da análise de itens de Rasch ⁴¹.

No entanto, o presente estudo disponibiliza para uso uma versão inicial criteriosamente adaptada quanto aos aspectos de equivalência conceitual, equivalência de itens e equivalência semântica de uma ferramenta de pesquisa de risco e resiliência amplamente utilizada nas últimas décadas, estável ao longo do tempo e aparentemente representativa da parentagem real. É importante salientar que o conhecimento dos aspectos do relacionamento pais e filhos que promovem saúde mental possibilita o desenvolvimento de estratégias de saúde pública em nível primário como a educação dos pais no sentido de estarem cientes desses aspectos. Além disso, o reconhecimento da importância do comportamento dos pais na formação da personalidade tem encontrado ressonância em estudos atuais que demonstram o impacto direto desse comportamento na modelagem neurobiológica e comportamental.

Referências:

1. Enns MW, J. CB, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from US national Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):997-1008.
2. Favaretto E, Torresani S. [Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders]. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 1997 May-Aug;6(2):124-38.
3. Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Personal Disord*. 2002;16(2):148-59.
4. Vogel PA, Stiles TC, Nordahl HM. Recollections of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Dec;96(6):469-74.
5. Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Brit J Psychiat*. 1979;134:138-47.
6. Parker G. Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Sep;40(9):956-60.
7. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord*. 1999 Winter;13(4):361-74.
8. Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S, Nishioka K, et al. Dysfunctional parenting as a risk factor to lifetime depression in a sample of employed japanese adults: evidence for the 'affectionless control' hypothesis. *Psychological Medicine*. 1998;28(3):737-42.
9. Stroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: the roots of maladaptation and competence,. In: Perlmutter M, editor. *Minnesota Symposium in Child Psychology*, 16. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1983.
10. Bretherton I. Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1997 Fall;28(1):33-43.
11. Brisch KH. [The importance of early traumatic experiences for the development of the infant's brain]. *MMW Fortschr Med*. 2005 Mar 24;147(12):39-42.
12. Caldji C, Diorio J, Meaney MJ. Variations in maternal care in infancy regulate the development of stress reactivity. *Biol Psychiatry*. 2000 Dec 15;48(12):1164-74.
13. de Kloet ER, Sibug RM, Helmerhorst FM, Schmidt M. Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005 Apr;29(2):271-81.
14. Fish EW, Shahrokh D, Bagot R, Caldji C, Bredy T, Szyf M, et al. Epigenetic Programming of Stress Responses through Variations in Maternal Care. *Ann N Y Acad Sci*. 2004 Dec;1036:167-80.
15. Gonzalez A, Lovic V, Ward GR, Wainwright PE, Fleming AS. Intergenerational effects of complete maternal deprivation and replacement stimulation on maternal behavior and emotionality in female rats. *Dev Psychobiol*. 2001 Jan;38(1):11-32.
16. Hancock SD, Menard JL, Olmstead MC. Variations in maternal care influence vulnerability to stress-induced binge eating in female rats. *Physiol Behav*. 2005 Jul 21;85(4):430-9.
17. Hofer MA, Shair H. Control of sleep-wake states in the infant rat by features of the mother-infant relationship. *Dev Psychobiol*. 1982 May;15(3):229-43.

18. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A, et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*. 1997 Sep 12;277(5332):1659-62.
19. Lovic V, Gonzalez A, Fleming AS. Maternally separated rats show deficits in maternal care in adulthood. *Dev Psychobiol*. 2001 Jul;39(1):19-33.
20. Otte C, Neylan TC, Pole N, Metzler T, Best S, Henn-Haase C, et al. Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits. *Biol Psychiatry*. 2005 Jan 1;57(1):27-32.
21. Pine DS, Mogg K, Bradley BP, Montgomery L, Monk CS, McClure E, et al. Attention bias to threat in maltreated children: implications for vulnerability to stress-related psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):291-6.
22. Shea A, Walsh C, Macmillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Feb;30(2):162-78.
23. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 1:18-28.
24. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979;52:1-10.
25. Mackinnon AJ, Henderson AS, Scott R, Duncan-Jones P. The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychol Med*. 1989 Nov;19(4):1023-34.
26. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Apr;89(4):246-54.
27. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(4):588-96.
28. Duggan C, Sham P, Minne C, Lee A, Murray R. Quality of parenting and vulnerability to depression: results from a family study. *Psychol Med*. 1998 Jan;28(1):185-91.
29. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *J Affect Disord*. 1991 Apr;21(4):245-55.
30. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med*. 2005 Mar;35(3):387-93.
31. Qadir F, Stewart R, Khan M, Prince M. The validity of the Parental Bonding Instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Apr;40(4):276-82.
32. Kitamura T, Suzuki T. A validation study of the parental bonding instrument in Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1993;47(1):29-36.
33. Gomez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993 Oct;28(5):252-5.
34. Wilhelm K, Parker G. Reliability of the parental bonding instrument and intimate bond measure scales. *Aust N Z J Psychiatry*. 1990 Jun;24(2):199-202.
35. Livianos Aldana L, Rojo Moreno L, Rodrigo Monto G, Cuquerella Benavent MA. [The influence of emotions on upbringing memories: a before-after study with a parental bonding instrument (PBI)]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1998 Jul-Aug;26(4):241-6.
36. Lizardi H, Klein DN. Long-term stability of parental representations in depressed outpatients utilizing the Parental Bonding Instrument. *J Nerv Ment Dis*. 2005 Mar;193(3):183-8.

37. Herdman M, Fox-Rushhby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*. 1998;7:323-35.
38. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saúde Pública*. 2002 jan-fev;18(1):163-76.
39. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. A adaptação transcultural para o português do instrumento Dissociative Experiences Scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004;26(3):164-73.
40. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
41. Wright B, Store M. *Best Test Design*. Chicago: Mesa Press; 1979.

ANEXO 1

PARENTAL BONDING INSTRUMENT – Versão para o português brasileiro

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

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

TABELA 1. PROCESSO DE ANÁLISE DE EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA

V3 Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra de sua MÃE/PAI até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

T1 The following questionnaire deals with the attitudes and behaviour of parents. Tick the closest answer according to what you remember of your MOTHER/FATHER until you reached 16 years of age.

T2 This questionnaire lists several parent's attitudes and behaviors. According to what you remember from your MOTHER/FATHER until you were sixteen years old; mark the most appropriate parenthesis beside each affirmative.

VO This questionnaire lists various attitudes and behaviors of parents. As you remember your MOTHER/FATHER in your first 16 years would you place a check in the most appropriate brackets next to each question.

V3 Muito Parecido/ Moderadamente Parecido/ Moderadamente Diferente/ Muito Diferente

T1 Very Similar/ Similar/ Different/ Very Different

T2 Very Likely/ Moderately Likely/ Moderately Different/ Very Different

VO Very Like/ Moderately Like/ Moderately unlike/ Very unlike

Itens (V3):

	A1 T1	A1 T2	A2 T1	A2 T2
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável T1 Spoke with me in a soft friendly voice T2 Talked to me in a gentle and friendly voice VO Spoke to me with a warm and friendly voice	100%	100%	IN	IN
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava T1 Did not help me even when I needed help T2 Didn't help me as much as I needed VO Did not help me as much as I needed	67%	100%	CA	IN
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer T1 Allowed me to do the things that I liked to do T2 Let me do the things I liked to do VO Let me do the things I liked doing	100%	100%	IN	IN
4. Parecia emocionalmente fria (o) comigo T1 Seemed emotionally cold with me T2 Seemed emotionally cold with me VO Seemed emotionally cold with me	100%	100%	IN	IN

V3 Versão 3/ **T1** tradutor, cuja língua nativa é o inglês, fluente em português/ **T2** tradutor, cuja língua nativa é o português, fluente em inglês/ **VO** Versão original/ **A1** Pontuação da equivalência referencial/ **A2** Pontuação da equivalência geral

7 ARTIGO 2 - INGLÊS

**PARENTAL BONDING AND EMOTIONAL RESPONSE TO
TRAUMA: A STUDY OF RAPE VICTIMS**

(Aceito para publicação no Journal of Psychotherapy Research)

**Parental bonding and emotional response to trauma:
a study of rape victims**

**Simone Hauck^{ab}, Sidnei Schestatsky^{ab}, Luciana Terra^a, Letícia Kruel^a and
Lúcia Helena Freitas Ceitlin^{ab}**

Running head: Parental bonding and trauma

Corresponding Author: Simone Hauck, M. D. Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Serviço de Psiquiatria. Rua Ramiro Barcelos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco,
900035-903. Porto Alegre – RS – Brasil.

E-mail: shauck@terra.com.br

Word count: 3305

Tables: 3

^{ab}Trauma Unit Center, Adult Psychiatry Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

^a Federal University of the State of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the impact of parental bonding as a resilience and/or a risk factor for psychopathology after rape. Women rape victims referred to our Trauma Unit Center were assessed regarding the perception of parental bonding in childhood, acute posttraumatic stress disorder symptoms, acute stress disorder (ASD), clinical severity, and other variables frequently associated with acute symptoms in traumatized patients. The perception of having less affective parents was correlated with severity ($P < 0.05$). In addition ASD was more frequent in subjects with less affectionate and more controlling fathers. The early bonds could be an important aspect in understanding how some individual characteristics influence the traumatic response, raising questions to be considered in further research.

Background

Since Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) was introduced to DSM-III in 1980, emotional consequences of exposure to traumatic events have been extensively studied. Using the DSM-III-R criteria, the US National Comorbidity Survey reported that more than 50% of the interviewed subjects had been exposed to at least one major traumatic event during their lifetime, and that approximately 8% of men and 20% of women developed PTSD. Rape was associated to the highest morbidity rates, with an PTSD incidence of 65% in men and 49.5% in women [4].

One of the main unanswered questions is: Why do some people develop PTSD and others do not, when exposed to similar traumatic events? Several factors that happen before, during and after the traumatic event have been considered to be relevant from the point of view of risk and resilience. Besides trauma characteristics, severity of PTSD symptoms during the acute phase and peritraumatic dissociation are highly correlated with the severity and the maintenance of the clinical manifestations [32, 33, 35, 36]. The presence of psychiatric disorders, past history of trauma, the subject's personality traits, and available emotional support are especially important when considering vulnerability [3, 11, 37, 38]. Regehr and Marziali have suggested that the capacity of establishing relationships and the presence of interpersonal problems may probably be an adequate construct in understanding the role of the social context in the posttraumatic response to sexual violence [14].

Reviewing the factors that increase the risk for developing PTSD, Yehuda states that the initial response to fear is biological but it is also influenced by subjective interpretation which depends on the person's history. In this model, recovery from trauma would involve confronting human vulnerability in such a way that it promotes learning and resilience. The

altered response to fear in vulnerable individuals can perpetuate the state of fear leading to the development of a maladaptive biological condition [44]. In fact, several studies have shown that the subjective interpretation and meaning of the event and of the symptoms are central to the development and maintenance of PTSD [12, 13, 47-49].

Understanding, contextualizing and working through traumatic memories and feelings triggered by trauma are a very personal issue that is directly correlated to the subject's past experiences. Among the factors considered to be relevant both for the development of personality and for the ability to develop healthy bonds in adulthood, parenting during childhood seems to play an essential role and it could have a direct influence on the subject's capacity to overcome the traumatic situation. Disturbances in this relationship have been associated to higher risk to develop mental illnesses in general [67, 71, 124, 125]. Contemporary studies on developmental psychology confirm the importance of believes in self-efficacy in facing threatening situations, which, according to Bowlby's attachment theory, relies largely upon the perception of parents as a psychological secure base [74, 126, 127]. One could think about this bonding pattern as a resilience factor that would render easier the adaptation to adverse situations in adulthood. Furthermore people with disruptive bonds in childhood would tend to establish far more disturbed relationship patterns in adulthood, with less social and emotional support to deal with the trauma consequences. One of the ways to assess child-parent bonding quality is the observation of the behavioral patterns of their parents, and this has been shown to be more important than the mere behavior of the child in follow-up studies [75]. In 1979, Parker developed the Parental Bonding Instrument (PBI) in order to assess this bond [70].The PBI has been broadly used in the past decades showing that lack of care, especially when associated to excessive control (affectionless control), is related to psychopathology in adulthood such as anxiety, suicide, and personality disorders [72, 128, 129].

Studies employing the PBI in childhood sexual abuse victims have demonstrated that subjects who perceived their fathers as less caring and more controlling displayed more disturbed adjustment problems in adulthood and were exposed to more sexual abuse during childhood [58, 99-101, 105].

However it is not known whether this perception about the parents is a risk or a resilience factor in adulthood trauma. It may be supposed that people with better early relationships would have more resources to work through unfavorable situations, while those with disturbed early relationships, besides having worse interpersonal relationships in adulthood, would tend to develop more symptoms and to develop more troubled adjustments after trauma, perhaps due to deeper feelings of lack of control, hopelessness, helplessness, and unpredictability.

Method

Subjects

During a nine month period, women rape victims who have formally denounced rape and were referred to our Trauma Unit Center, who didn't need additional medical support other than routine gynecological assistance, and who had the first psychological evaluation between the second and the twenty-ninth day after rape were invited to be part of the study. The exclusion criteria were mental retardation and psychotic symptoms, which would hamper the understanding of the research instruments. Thirty women met the criteria and all of them have agreed to be part of the study and signed informed consent forms. The rape was confirmed by forensic examination as part of the formal legal process.

Instruments

Bonding quality with parents was measured by the *Parental Bonding Instrument (PBI)*, a self-applied Likert type scale (0 to 3) with 25 questions, in which the subject answers how much that behavior is similar to his/her parents' behavior when he/she was sixteen years old or younger. PBI measures two constructs: the first one, the affection dyads (affection, warmth, availability, caring, sensibility *versus* coldness and rejection) and the second one, protection (control, intrusion *versus* autonomy encouraging), both related to parental characteristics considered as very important in the development of personality. PBI has been widely used over the past decades and has been validated in several countries with unchanged constructs [81, 83]. Studies with siblings, twins and other relatives confirm that PBI, in addition to being a reliable instrument, measures actual parenting quite well. Testing and retesting studies, one of them with an 11-year interval, confirm its stability over time; follow-up studies of different clinical groups, including inpatients, show that mental illnesses do not influence significantly on the perception of parental bonding [80, 90, 130]. A recent paper presented the stability of the PBI over a 20-year period in a non-clinical cohort, controlling for state depression, neuroticism, gender, lifetime major depression diagnosis, and positive and negative life events, increasing the confidence in the PBI as a valid measure of perceived parenting over time [95]. The cross-cultural adaptation of PBI was performed using the method proposed by Herdman et al [102] and the final Brazilian Portuguese version of the PBI has been approved by the original author. The subjects answered about their fathers and mothers separately (or the person who has been perceived as having the father/mother function), and the scores were considered both together and independently.

The severity of PTSD symptoms was measured by the Davidson Trauma Scale (DTS), a self-applied scale composed of 17 questions, which correspond to the 17 diagnostic criteria

of DSM-IV and its sub-groups (intrusion and re-experience, avoidance and numbing, and hyperarousal). The subjects grade from 1 to 4 for each of the symptoms according to its frequency and associated distress. The original DTS has been tested for validity and reproducibility using the following procedures: testing-retesting reliability ($r=0.86$), internal consistency ($\alpha= 0.99$), concurrent validity (compared to CIDI; $p<0.0001$), convergent validity ($r=0.78$), discriminating validity ($r= 0.04$) and predictive validity [131]. The Brazilian Portuguese version was used by Stein in assessing PTSD symptoms in a Brazilian Primary Care Unit [132].

The clinical severity was assessed through the Clinical Global Impressions Severity of Illness Scale (CGI-S). Clinical-demographic data such as schooling, age, psychiatric history, past trauma and sexual abuse, time elapsed since rape, type of aggressor (known or unknown), and whether the patient felt guilt or not about the rape were actively inquired by means of a semi-structured interview. Two Likert type questions were asked about the perceived support after the trauma, being “0” not true and “4” extremely true. The first question was: “I felt that other people were sympathetic towards me”, and the second one was: “I felt others understood what I had been through”, resulting in a score that was used to infer the perception of support. In addition, the Depression, Panic Disorder and Generalized Anxiety modules of the Brazilian Portuguese version of the Mini International Neuropsychiatry Interview were retrospectively applied in order to assess the most common disturbances associated with the severity of PTSD [107]. A semi-structured interview, in accordance with the DSM-IV criteria, was done in order to diagnose Acute Stress Disorder.

Statistical Analysis

The analysis was performed using SPSS 12.0, with the assistance of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Post Graduation and Research Department. Correlation of quantitative variables was assessed by the Pearson or Spearman methods. The difference between means was assessed by the Student T test for independent variables, two-tailed. For comparing symptom severity among the different parenting types the One-Way ANOVA procedure was used and when there were significant differences the Least Significant Difference Test (LSD) was performed. Linear regression was performed considering the PBI scores that reached statistical significance ($P < 0.05$) as independent variables and the DTS and CGI scores as dependent ones. Finally a hierarchical model was created based on a conceptual framework that had the objective of describing the hierarchical relationships between risk factors and the total DTS and CGI scores. This has the advantage of avoiding that distal factors are improperly adjusted for proximate factors with a consequent reduction or elimination of the distal variables effects [133]. Those variables that reached a P level < 0.05 entered the next multivariate analysis step.

Results

The sample was composed of 30 patients. The mean age was 27.8 years (SD 11.73), the mean time elapsed between trauma and the assessment was of 13.37 days (SD 9.71), mean schooling was of 9.27 years (SD 3.08); 13 subjects had a history of psychiatric disorder, 7 subjects had experienced at least one major trauma in the past, 4 women had history of sexual abuse and 22 mentioned family history of psychiatric disorders. When asked, 20 women claimed to have felt guilty about the traumatic event. Seven of the perpetrators

were known to the victims, which probably reflects the characteristics of the sample: women who have formally denounced rape.

The mean CGI-S score was 4.47 (SD 1.47). The mean DTS score was 83.27 (SD 26.22). Using 40 as the cut-off point (0.95 specificity and 0.69 sensitivity following the main validation study), 29 of the 30 subjects would probably be diagnosed as having PTSD, and considering the DSM-IV criteria 27 of the 30 women would be diagnosed as having PTSD, not considering the temporal criterion. Nonetheless, only 13 of them would meet the current criteria for Acute Stress Disorder (ASD), despite the functional impairment and the clinical severity presented. The mean CGI score of subjects with ASD was 5.15 (SD 1.57) *versus* 3.94 (SD 1.09) in women without the diagnosis, demonstrating that these diagnostic criteria detect the most severe cases. However, according to Marshall, it may fail to identify many subjects with significant distress when it gives priority to dissociative symptoms and requires the presence of three of five dissociative symptoms for a diagnosis [134]. The average score for affection was 22.03 (SD 10.03) for mothers and 21.10 (SD 10.65) for fathers; and controlling/protection scores were 19.27 (SD 9.59) and 19.10 (SD 9.46), respectively.

The perception of the mother's affection was inversely associated with the total DTS score and the severity of the symptoms of avoidance and hyperarousal; the intensity of perceived affection by the subjects in their bond with their fathers had inverse statistical significance with all severity scores. There was an association ($p < 0.05$) between time (days) elapsed since rape and the re-experiencing DTS' cluster, and between age and CGI score (TABLE 1). Linear regression was performed considering the DTS score as the dependent variable with mother affection as the independent one ($b = -0.415$; $t(1) = -2.415$; $P = 0.023$), with father affection as the independent one ($b = -0.538$; $t(1) = -3.316$; $P = 0.003$) and with

combined affection score as the independent one ($b=-0.623$; $t(1)=-4.134$; $P=0.000$). The same procedure was made considering the CGI as the dependent variable regarding the father affection ($b=-0.540$; $t(1)=-3.337$; $P=0.002$) and combined affection score ($b=-0.531$; $t(1)=-3.257$; $P=0.003$).

The patients with the diagnosis of ASD had statistically significant less affective fathers than those who did not have this diagnosis (16.5 *versus* 24.35; $t(27)=-2.066$; $P=0.049$), and their fathers were perceived as more controlling than the fathers of those without the diagnosis (23.75 *versus* 15.82; $t(27)=2.404$; $P=0.023$). The only statistically significant qualitative variable associated both with CGI and total DTS scores was history of psychiatric disorder (TABLE 2).

Starting with the cutoff points established in the population study done in Sidney and replicated in other validation studies, one may sort four types of bonds: “1” optimal parenting (affection with no control), “2” controlling affection, “3” affectionless control and “4” negligent. The affectionless control, or type three, is the most commonly associated to psychopathology [71, 90]. In this study, 20% of the population corresponded to type 1 in relation to both fathers and mothers; 23.3% corresponded to type 2 in respect of the mother and 26.7% with regard to the father. Type 3 had an incidence of 40% in both cases, while type 4 was observed in 16.7% of the mothers and 10% of the fathers. The One-Way ANOVA was performed both for the mothers’ and the fathers’ types of parenting, but there were only a significant difference between groups for the fathers, both in DTS score ($F=4.182$; $df=3$; $P=0.016$) and in CGI score ($F=3.537$; $df=3$; $P=0.029$). When the LSD test was performed, this difference was located between groups 1 and 3 for all outcomes, agreeing with other studies.

After establishing the Hierarchical Models, the variables that remained statistically significant ($P < 0.05$) in relation to CGI score were affection and perceived support, and in relation to DTS score, affection and time elapsed since rape (TABLE 3).

Discussion

The main limitation of this study is the number of subjects and the specific characteristics of the sample, which could prevent the data from generalization. On the other hand, the design was specifically made to homogenize the trauma variables as much as possible, rendering it possible to compare the PBI scores within the group, controlling for variables that are also traditionally associated with symptom severity. Although the magnitude of these associations needs further research, the perception of having less affective parents was highly correlated with the severity of acute phase symptoms of PTSD and to clinical impairment. Moreover the diagnosis of ASD, associated with severity and dissociative symptoms, was more frequent in subjects with less affectionate and more controlling fathers. Also in agreement with studies of other psychopathologies, the type 3, or affectionless control, was associated with the greatest severity, and also the type 1, or optimal parenting, with lesser symptoms.

Considering that the severity of acute symptoms, dissociative symptoms and ASD are clearly associated with the development of PTSD and with its prognosis [32-36, 135], one may state that childhood experiences, especially parental bonding, may be proven to be very important for resilience/vulnerability of the subjects when facing traumatic situations, even in adulthood, despite the age it occurred.

It may be supposed, considering the psychodynamic theory, that feelings of helplessness, impotence, terror, hopelessness and many others, when facing traumatic events, would

appear to match the core personality experiences, and the perception about the world and about oneself, most of which derived from childhood experiences. The great emphasis given to the interpretation and meaning of the event itself and to PTSD symptoms could be related to the fact that healthy subjects face the situation with hope, looking for help, and trying to learn and to transform the traumatic experience. On the other hand failure to overcome the trauma may be reinforced by hopelessness, by the idea that trauma just confirms feelings of disability, impotence and submission thus reinforcing the perception of “failure of the primary object”, and that the world really is a dangerous and threatening place and people are not reliable [8]. It becomes impossible to trust in oneself, in other people, in the world, and therefore the subject becomes highly vulnerable, feeling in imminent danger.

Alternatively, one may consider the learned helplessness theory, primarily developed by Seligman, which was based on the fact that animals that were early exposed to inescapable shock were unable to escape when facing escapable situations later. This failure to escape did not dissipate in time, but could be broken by forcing exposing to an escape contingency [136-139]. Applied to humans, the pessimistic-optimistic dyad was associated with coping, physical and psychological health in a large number of studies [140-143]. One could understand the parental-child relationship as a central aspect in perceiving failure *versus* success in childhood, reinforcing hope and fight *versus* hopelessness and passive style, leading to a better capacity in overcoming the traumatic situation, in opposition to a sense of incompetence and persistent failure.

Furthermore, considering recent studies that have demonstrated the impact of traumatic situations in childhood neurobiological function, it's worth to point out the importance of perceived parenting as a potential stressful situation in childhood that could lead to

neurobiological “printings” that may be related to latter capacity of coping and social adjustment, besides interfering with physical and psychological health [51, 144-146].

Acknowledging that aspects of the parent-child relationship generate adults more apt to face adverse situations, one might suggest the development of public health strategies, such as educating parents about aspects of the family’s relationships that are associated with resilience and mental health. It seems to us that the results obtained in this study were quite significant, pointing to the need of more studies in this area in order to confirm and to extend them to other types of trauma and of population. The fact that the association with the father is more important than with the mother may reflect the reaction to the type of trauma (rape), and agrees with other authors who studied child abuse. [58, 99-101].

Another important aspect to be considered is the diagnosis made in the acute phase, that permits recognizing who is at greater risk and who would possibly benefit from early interventions. It is likely that, at least in the most severe traumas, with higher PTSD incidence, current ASD criteria may be inaccurate, thus leaving unanswered questions: Which patients should be treated in the acute phase and with which type of intervention? And how would these interventions affect prognosis? What are the primary intervention attitudes? After major traumas, virtually everyone develop some degree of distress. Besides the severity of acute phase symptoms, an investigation of the perceptions about the world, about oneself, and about the others, together with the assessment of the early and current relationships, could help in identifying those who need early interventions, and guide interventions in terms of improving social and emotional support.

In spite of the present lacking of definitive answers, the authors’ objective is raising attention to aspects of trauma research, as those related to parental bonds, which could lead

to broader conceptualizations, raising new questions about the intersection between biological and psychosocial fields.

References

- Adam, K. S., Keller, A., West, M., Larose, S., & Goszer, L. B. (1994). Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. *Aust N Z J Psychiatry* **28**, 418-25.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* **60**, 185-95.
- Amorin, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. *Rev Brás Psiquiatr* **22**, 106-115.
- Berger, D., Ono, Y., Saito, S., Tezuka, I., Takahashi, Y., Uno, M., Ishikawa, Y., Kuboki, T., Asai, M., & Suematsu, H. (1995). Relationship of parental bonding to child abuse and dissociation in eating disorders in Japan. *Acta Psychiatr Scand* **91**, 278-82.
- Birmes, P., Brunet, A., Carrerras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Lauque, D., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* **160**, 1337-1339.
- Birmes, P., Carrerras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Warner, B. A., Lauque, D., & Schmitt, L. (2001). Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime. *Can J Psychiatry*.
- Blanchard, E., Hickiling, E. J., Forneris, C. A., Taylor, A. E., Buckley, T. C., Loos, W. R., & et al. (1997). Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress* **10**, 215-234.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. (1997). Psychiatry sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* **54**, 81-87.
- Breslau, N., Glenn, C. D., Andreski, P. A., & Peterson, E. L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* **48**, 216-222.
- Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum Dev* **28**, 33-43.
- Brisch, K. H. (2005). [The importance of early traumatic experiences for the development of the infant's brain]. *MMW Fortschr Med* **147**, 39-42.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldmen, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* **27**, 153-160.

- de Kloet, E. R., Sibug, R. M., Helmerhorst, F. M., & Schmidt, M. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neurosci Biobehav Rev* **29**, 271-81.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective examination of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy* **39**, 1063-1084.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* **38**, 319-345.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* **32**, 997-1008.
- Favaretto, E., & Torresani, S. (1997). [Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders]. *Epidemiol Psichiatr Soc* **6**, 124-38.
- Frommberger, U. H., Stieglitz, R. D., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1998). Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **248**, 316-321.
- G, N. S., Stoddard, F., Hall, E., Chawla, N., Lopez, C., Sheridan, R., King, D., King, L., & Yehuda, R. (2005). Pathways to PTSD, Part I: Children With Burns. *Am J Psychiatry* **162**, 1299-304.
- Garland, C. (2000). *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach*. London: Karnac Books.
- Gershuny, B. S., Cloitre, M., & Otto, M. W. (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy* **41**, 157-166.
- Gomez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, & Leal C. (1993). Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **28**, 252-5.
- Herdman, M., Fox-Rushhby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research* **7**, 323-335.
- Kitamura, T., & Suzuki, T. (1993). A validation study of the parental bonding instrument in Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* **47**, 29-36.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy* **41**, 49-65.

- Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R., & Duncan-Jones, P. (1989). The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychol Med* **19**, 1023-34.
- Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology* **111**, 626-636.
- Marshall, R. D., Spitzer, R., & Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DM-IV diagnosis of Acute Stress Disorder. *Am J Psychiatry* **156**, 1677-1685.
- Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M., & Offord, K. P. (2002). Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clin Proc* **77**, 748-53.
- McNally, R. J., Clancy, S. A., Barrett, H. M., & Parker, H. A. (2005). Reality monitoring in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *J Abnorm Psychol* **114**, 147-52.
- Neale, M. C., Walters, E., Heath, A. C., Kessler, R. C., Perusse, D., Eaves, L. J., & Kendler, K. S. (1994). Depression and parental bonding: cause, consequence, or genetic covariance? *Genet Epidemiol* **11**, 503-22.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* **35**, 301-5.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Brit. J. Psychiat.* **134**, 138-47.
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Arch Gen Psychiatry* **40**, 956-60.
- Parker, G. (1986). Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta psychiatr. scand.* **73**, 22-27.
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev* **7**, 317-335.
- Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* **13**, 361-74.
- Rajabally, M. H. (1987). Instruction in developmental psychology and its influence on self-concept. *Adolescence* **22**, 545-53.
- Rankin, P., Bentall, R., Hill, J., & Kinderman, P. (2005). Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants. *Psychopathology* **38**, 16-25.

- Regehr, C., & Marziali, E. (1999). Response to sexual assault: a relational perspective. *J Nerv Ment Dis* **187**, 618-623.
- Riulli, L., & Savicki, V. (2003). Optimism and coping as moderators of the relationship between chronic stress and burnout. *Psychol Rep* **92**, 1215-26.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord* **29**, 380-92.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., O'Shea, M. L., & Mullen, P. E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine* **25**, 127-142.
- Ruchkin, V. V., Eisemann, M., & Hägglöf, B. (1998). Juvenile male rape victims: is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting? *Child Abuse & Neglect* **22**, 889-899.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology* **13**, 309-20.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annu Rev Med* **23**, 407-12.
- Seligman, M. E. (2000). Optimism, pessimism, and mortality. *Mayo Clin Proc* **75**, 133-4.
- Seligman, M. E., & Beagley, G. (1975). Learned helplessness in the rat. *J Comp Physiol Psychol* **88**, 534-41.
- Seligman, M. E., Maier, S. F., & Geer, J. H. (1968). Alleviation of learned helplessness in the dog. *J Abnorm Psychol* **73**, 256-62.
- Seligman, M. E., Rosellini, R. A., & Kozak, M. J. (1975). Learned helplessness in the rat: time course, immunization, and reversibility. *J Comp Physiol Psychol* **88**, 542-7.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canneti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am J Psychiatry* **153**, 219-225.
- Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., & Blaszczynski, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* **159**, 835-41.
- Stein, A. T., Carlo, E. D., Casanova, F., Pam, M. S., & Pellegrin, L. G. (2004). Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de atenção primária. *Revista de Psiquiatria do RS* **26**, 158-166.
- Stroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Chil Dev* **56**, 1-14.

- Sturges, J. W., & Rogers, R. W. (1996). Preventive health psychology from a developmental perspective: an extension of protection motivation theory. *Health Psychol* **15**, 158-66.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress* **14**, 369-389.
- Victoria, C., Huttly, S., Fuchs, S., & Olinto, M. (1997). The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology* **26**, 224-227.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med* **35**, 387-93.
- Yehuda, R. (2004). Risk and Resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* **65**, 29-36.

TABLE 1 – Correlation (Pearson’s r) Between Quantitative Variables and Outcome Scores

	CGI	DTS	DTSR	DTSA	DTSH
Affection Mother	-0.28	-0.42*	-0.22	-0.41*	-0.51**
Affection Father	-0.54**	-0.54**	-0.46*	-0.52**	-0.46*
Combined Affection	-0.53**	-0.62**	-0.45*	-0.59**	-0.64**
Control Mother	-0.01	0.14	0.27	0.05	0.08
Control Father	0.27	0.17	0.08	0.13	0.23
Combined Control	0.15	0.195	0.235	0.090	0.213
Time (days)	-0.14	-0.32	-0.42*	-0.17	-0.28
Age	0.43*	0.33	0.24	0.29	0.34
Schooling	-0.20	-0.09	-0.02	-0.09	-0.17
Perceived Support	-0.27	0.02	-0.04	0.03	0.08

DTSR re-experiencing cluster score at DTS

DTSA avoidance cluster score at DTS

DTSH hyperarousal cluster score at DTS

0.□ P < 0.05

** P < 0.01

TABLE 2 – Compared Means (Independent Samples Test, two-tailed)

	n	CGI	DTS
HPD		t(28) = 2.497; P= 0.019*	t(28)= 2.389; P= 0.024*
Yes	13	5.15 (±0.98)	95.38 (SD 17.52)
No	17	3.94 (±1.52)	74.00 (SD 28.38)
PHT		t(28)= 1.454; P= 0.157	t(28)= 1.355; P= 0.18
Yes	7	5.14 (±0.90)	94.86 (SD 16.07)
No	23	4.26 (± 1.51)	79.74 (SD 27.93)
PHA		t(28)= 0.419; P= 0.678	t(28)= 1.713; P= 0.138
Yes	4	4.75 (± 1.26)	97.75 (± 16.40)
No	26	4.42 (± 1.47)	81.04 (± 26.95)
FHPD		t(28)= 1.707; P= 0.099	t(28)= 1.411; P= 0.169
Yes	22	4.73 (± 1.39)	87.27 (± 27.72)
No	8	3.75 (± 1.39)	72.25 (±18.79)
Guiltiness		t(28)= 1.880; P= 0.071	t(28)= 1.455; P= 0.157
Yes	20	4.80 (±1.36)	88.10 (± 22.12)
No	10	3.80 (± 1.40)	73.60 (± 32.05)

Values expressed in means ± SD

HPD history of psychiatric disorder

PHT previous history of trauma

PAH previous abuse history

FHPD family history of psychiatric disorder

TABLE 3 – Hierarchical Models

	CGI		DTS	
	b	P	b	P
<u>Step one (Model 1)</u>				
Age	0.33	0,054	0.19	0,252
Schooling	-0.16	0,315	-0.08	0,614
Affection	-0.46	0,007**	-0.58	0,001**
Control	0.07	0,680	0.14	0,386
<u>Step two (Model 2)</u>				
HPD	0.11	0,634	0.17	0,467
PHT	0.30	0,239	0.16	0,516
PAH	-0.28	0,158	-0.08	0,690
FHPD	0.19	0,272	0.09	0,583
<u>Step three (Model 3)</u>				
Guiltiness	0.24	0,162	0.19	0,229
Time (days)	-0.31	0,067	-0.39	0,017*
Support	-0.34	0,036*	-0.08	0,598

HPD history of psychiatric disorder
PHT previous history of trauma
PAH previous abuse history
FHPD family history of psychiatric disorder

7 ARTIGO 2 - PORTUGUÊS

**VÍNCULO PARENTAL E RESPOSTA EMOCIONAL AO TRAUMA:
UM ESTUDO DE VÍTIMAS DE ESTUPRO**

**PARENTAL BONDING AND EMOTIONAL RESPONSE TO
TRAUMA: A STUDY OF RAPE VICTIMS**

**Vínculo parental e resposta emocional ao trauma:
um estudo de vítimas de estupro**

**Parental bonding and emotional response to trauma:
a study of rape victims**

**Simone Hauck^{ab}, Sidnei Schestatsky^{ab}, Luciana Terra^a, Letícia Kruehl^a and
Lúcia Helena Freitas Ceitlin^{ab}**

Cabeçalho: Vínculo Parental e Trauma

Correspondência: Simone Hauck, M. D. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria. Rua Ramiro Barcelos, 2350. Largo Eduardo Zaccaro Faraco, 900035-903. Porto Alegre – RS – Brasil.

E-mail: shauck@terra.com.br

Contagem de Palavras: 3648

Tables: 3

^{ab}Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

^aUniversidade Federal do Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar o impacto do vínculo parental como fator de risco e resiliência no desenvolvimento de psicopatologia após estupro. Mulheres vítimas de violência sexual referidas para tratamento no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico foram avaliadas quanto a percepção do vínculo com os pais na infância, sintomas agudos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno de Estresse Agudo (TEA), severidade clínica e outras variáveis comumente associadas com sintomas agudos em vítimas de trauma. A percepção de pais menos afetivos foi associada com severidade ($p < 0,05$). Além disso, o diagnóstico de TEA foi mais freqüente em pacientes com pais menos afetivos e mais controladores. Os vínculos precoces podem ser um aspecto importante no entendimento da forma como as características individuais influem na resposta ao trauma, levantando questões a serem investigadas em pesquisas futuras.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the impact of parental bonding as a resilience and/or a risk factor for psychopathology after rape. Women rape victims referred to our Trauma Unit Center were assessed regarding the perception of parental bonding in childhood, acute posttraumatic stress disorder symptoms, acute stress disorder (ASD), clinical severity, and other variables frequently associated with acute symptoms in traumatized patients. The perception of having less affective parents was correlated with severity ($P < 0.05$). In addition ASD was more frequent in subjects with less affectionate and more controlling fathers. The early bonds could be an important aspect in understanding how some individual characteristics influence the traumatic response, raising questions to be considered in further research.

Introdução:

Desde que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi introduzido no DSM-III em 1980, as conseqüências emocionais da exposição a situações traumáticas tem sido extensamente estudadas. Utilizando critérios do DSM-III-R, o *US National Comorbidity Survey*, demonstrou que mais de 50% dos entrevistados haviam sido expostos a pelo menos uma situação traumática maior ao longo da vida e que aproximadamente 8% dos homens e 20% das mulheres desenvolveram TEPP. O estupro foi o trauma associado as maiores taxas de morbidade com uma incidência de TEPT de 65% nos homens e 49,5% nas mulheres [4].

Uma das principais questões a ser respondida é: porque algumas pessoas desenvolvem TEPT e outras não quando expostas a eventos traumáticos semelhantes? Vários fatores que ocorrem antes, durante e após o evento traumático tem sido considerados relevantes do ponto de vista de risco e resiliência. Além das características do trauma, a severidade dos sintomas de TEPT no período agudo e a presença de sintomas dissociativos no período peritraumático estão fortemente correlacionados com a severidade e a manutenção das manifestações clínicas [32, 33, 35, 36]. História prévia de doença psiquiátrica, história prévia de trauma, características da personalidade e a disponibilidade de suporte emocional são especialmente importantes do ponto de vista de vulnerabilidade [3, 11, 37, 38]. Regehr and Marziali propuseram a capacidade de estabelecer relações e a presença de problemas interpessoais como um constructo adequado no entendimento do papel do contexto social na resposta pós-traumática à violência sexual [14].

Ao revisar os fatores envolvidos no aumento de risco para o desenvolvimento do TEPT, Yehuda (2004) conclui que a resposta inicial ao medo é biológica, mas é influenciada pela interpretação subjetiva, que depende da historia 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 [44]. De fato, uma série de estudos têm apontado a interpretação e a significação subjetiva do evento em si e dos sintomas desencadeados por ele como centrais no desenvolvimento e na manutenção do TEPT [12, 13, 47-49].

Entender, contextualizar e elaborar as memórias e sentimentos desencadeados pelo trauma é uma tarefa muito pessoal, que está diretamente correlacionada à experiência passada do indivíduo. Dentre os fatores considerados relevantes tanto no desenvolvimento da personalidade quanto na capacidade de desenvolver vínculos saudáveis na vida adulta, a qualidade do vínculo com os pais na infância parece ter papel central e pode ter influência na capacidade de superar a situação traumática. Distúrbios nessa relação tem sido associados a um aumento de risco para doença mental em geral [67, 71, 124, 125]. Estudos contemporâneos da psicologia do desenvolvimento confirmam a importância da crença na auto-eficácia ao enfrentar situações ameaçadoras, que, de acordo com a teoria do apego de Bowlby se baseia largamente na percepção dos pais como uma base psicológica segura [74, 126, 127]. Pode-se pensar nesse padrão de vínculo como um fator de resiliência, que poderá facilitar a adaptação a situações adversas na vida adulta. Além disso, pessoas com vínculos precoces disruptivos tenderiam a estabelecer relações de pior qualidade na vida adulta, tendo menos suporte emocional e social disponíveis para lidar com a situação traumática. Um dos meios de avaliar a qualidade da relação pais e filho é a observação do padrão de comportamento dos pais, que se mostrou mais importante do que do que o comportamento da criança em estudos de seguimento [75]. Em 1979, Parker desenvolveu o *Parental Bonding Instrument* (PBI) para avaliar esse vínculo [70]. O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas, e a falta de afeto, principalmente quando associada a

excesso de controle (*affectionless control*), foi associada a patologias na vida adulta como depressão, ansiedade, suicídio, transtornos de personalidade entre outras [72, 128, 129].

Estudos que utilizaram o PBI em vítimas de abuso sexual na infância demonstraram que aqueles que perceberam seus pais como menos afetivos e mais controladores tiveram mais problemas de ajustamento na vida adulta e foram mais expostos a abuso sexual na infância. [58, 99-101, 105].

No entanto, não se sabe se a percepção sobre o vínculo com os pais na infância segue sendo um fator de risco e resiliência em traumas na vida adulta. Pode-se supor que indivíduos com relações iniciais de melhor qualidade teriam mais recursos para superar situações adversas, enquanto aqueles com relações iniciais comprometidas, além de dispor de piores relações interpessoais na vida, tenderiam a desenvolver mais sintomas e dificuldades de ajustamento, possivelmente em decorrência de maior persistência e intensidade de sentimentos como perda de controle, desamparo, desesperança e imprevisibilidade.

Método:

Sujeitos

Durante um período de 9 meses, mulheres que denunciaram formalmente o estupro e foram encaminhadas para tratamento no Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico, que não necessitaram atendimento médico além do atendimento ginecológico de rotina e que tiveram a primeira avaliação psicológica entre o 2º e o 29º dia após o estupro. Os critérios de exclusão foram retardo mental e sintomas psicóticos, que poderiam prejudicar a compreensão dos instrumentos de pesquisa. Trinta mulheres preencheram os critérios e

todas concordaram em participar do estudo, assinando consentimento informado. O estupro foi confirmado por perícia médico-legal como parte da denúncia formal.

Instrumentos

O *Parental Bonding Instrument* (PBI) é um instrumento auto-aplicável tipo *Likert* (0 a 3) com 25 perguntas em relação ao pai e a mãe, em que o sujeito responde o quão parecido aquele comportamento é com o comportamento dos pais até os seus 16 anos. Foi elaborado em 1979 através de análises fatoriais sucessivas, a partir 114 itens retirados da literatura e considerados qualidades parentais importantes para o desenvolvimento normal. O PBI mede dois constructos: o primeiro, afeto, mais consistente e claramente bipolar (afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade *versus* frieza e rejeição) e o segundo controle ou proteção (controle, intrusão *versus* encorajamento da autonomia) [79]. O PBI foi amplamente utilizado nas últimas décadas tendo sido validado em diversos países sem alteração do constructo [81, 83]. Estudos com irmãos, gêmeos e outros familiares conformaram que o PBI, além de ser confiável, mede a parentagem real com razoável aproximação. Estudos de teste e reteste, um deles com 11 anos de intervalo, confirmaram a estabilidade do instrumento ao longo do tempo, enquanto estudos de seguimento, inclusive com pacientes internados, demonstraram que a doença mental não influencia significativamente a percepção dos vínculos com os pais na infância [80, 90, 130]. Um artigo recente apresentou a estabilidade do PBI ao longo de 20 anos em uma população não clínica, controlando para sintomas de depressão, neuroticismo, depressão maior ao longo da vida, gênero e eventos de vida positive e negativos, aumento a confiabilidade do PBI como uma medida válida da parentagem percebida na infância ao longo do tempo [95]. A adaptação transcultural do PBI foi realizada utilizando-se o método proposto por Herdman e cols. [102] e a versão final foi aprovada pelo autor do instrumento original. Os sujeitos

foram inquiridos sobre os pais e mães (ou pessoa com essa função na infância) em separado e os escores foram considerados individualmente e em conjunto.

A severidade dos sintomas de TEPT foi inferida através da *Davidson Trauma Scale* (DTS), uma escala composta por 17 perguntas que correspondem aos 17 critérios diagnósticos do DSM-IV e seus subgrupos. É necessário para o preenchimento da escala que o indivíduo preencha o critério “A” do DSM-IV. O paciente pontua de 1 a 4 cada um desses sintomas em relação à frequência e ao grau de sofrimento associado. A DTS encontra-se testada em sua versão original quanto à validade e à confiabilidade, mediante os seguintes procedimentos: confiabilidade teste-reteste ($r=0,86$), consistência interna ($\alpha= 0,99$), validade concorrente (contra o CIDI; $p<0,0001$), convergente ($r=0,78$), discriminante ($r=0,04$) e validade preditiva. [131]. A versão em português brasileiro foi utilizada por Stein e cols. para investigar sintomas TEPT em uma unidade brasileira de cuidado primário [132].

A severidade clínica foi inferida através da *Clinical Global Impressions Severity of Illness Scale* (CGI-S). Os dados clínico-demográficos como escolaridade, idade, história psiquiátrica prévia, incluindo de trauma passado e abuso sexual, bem como o tempo decorrido do estupro (dias) e o tipo de agressor (conhecido *versus* desconhecido) foram pesquisados ativamente através de entrevista semi-estruturada. Duas perguntas do tipo *Likert* foram acrescentadas para investigar a percepção de apoio após o trauma, sendo “0” não é verdade e “4” extremamente verdade. A primeira pergunta foi: “Eu senti que os outros foram compreensivos comigo” e a segunda foi “Eu senti que as outras pessoas entenderam o que passei”, resultando em um escore que foi utilizado para inferir a percepção de apoio. Além disso, os módulos de Depressão, Transtorno do Pânico e Ansiedade Generalizada do *Mini International Neuropsychiatric Interview* foram aplicados retrospectivamente para investigar as patologias mais associadas à gravidade do TEPT

[107]. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, segundo critérios do DSM-IV, para efetuar o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

Análise Estatística

A análise foi realizada utilizando-se o SSPS 12.0, com a assistência do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A correlação das variáveis quantitativas foi realizada através dos testes de Pearson ou Spearman. A diferença entre médias foi feita pelo teste T de *student* para variáveis independentes, com duas caudas. Para a comparação da severidade dos sintomas entre os diferentes tipos de parentagem foi utilizado o *One-Way ANOVA*, e, quando houve diferença significativa, o *Least Significant Difference Test* (LSD) foi realizado. Foram feitas regressões lineares considerando os escores de PBI que tiveram significância estatística ($P < 0.05$) como variáveis independentes e os escores da DTS e da CGI como dependentes. Finalmente, um modelo hierárquico foi criado, com base em um modelo teórico que tem por objetivo descrever as relações hierárquicas entre os fatores de risco e o escore total da DTS e da CGI. Esse tipo de análise tem a vantagem de evitar que os fatores distais sejam inadequadamente corrigidos pelos fatores proximais, reduzindo ou eliminando o efeito dos primeiros [133]. As variáveis que atingiram um nível de significância < 0.05 entraram no próximo estágio de análise.

Resultados:

A amostra foi composta por 30 pacientes. A idade média foi 27,8 anos (DP 11,73), o tempo médio entre o trauma e a avaliação foi de 13,37 (DP 9,71), a escolaridade média foi de 9,27 anos completos de estudo (DP 3,08); 13 pacientes tinham história prévia de doença psiquiátrica, 7 haviam experienciado ao menos um trauma maior no passado, 4 tinham

história de abuso sexual e 22 referiram história familiar de doença psiquiátrica. Quando perguntado 20 mulheres relataram sentir-se culpadas pelo estupro. Sete dos agressores eram conhecidos das vítimas, o que provavelmente reflete as características da amostra: mulheres que denunciaram formalmente o estupro.

O escore médio da CGI foi 4,47 (DP 1,47). O escore médio da DTS foi 83,27 (DP 26,22). Utilizando 40 como ponto de corte (0,95 de especificidade e 0,69 de sensibilidade segundo o estudo principal de validação), 29 das 30 mulheres seriam provavelmente diagnosticadas como tendo TEPT, e, considerando os critérios do DSM-IV, 27 das 30 mulheres teriam o diagnóstico de TEPT excluindo-se o critério temporal. Apesar disso, apenas 13 delas preencheram critérios para TEA, apesar do prejuízo funcional e gravidade clínica. O escore médio da CGI das pacientes com TEA foi 5,15 (DP 1,57) *versus* 3,49 (DP 1,09) nas mulheres sem o diagnóstico, demonstrando que esse diagnóstico detecta os casos mais severos. No entanto, em acordo com Marshall, pode falhar em identificar muitos sujeitos com sofrimento significativo quando prioriza os sintomas dissociativos, exigindo a presença de três de cinco sintomas dissociativos para o seu diagnóstico [134]. O escore médio de afeto foi 22,03 (DP 10,03) para as mães e 21,10 (DP 10,65) para os pais; os escores de proteção foram 19,27 (DP 9,59) e 19,10 (DP 9,46) respectivamente.

A percepção de afeto materno foi inversamente associada ao escore total da DTS e a severidade dos sintomas de evitação e hiperexcitabilidade; a intensidade do afeto percebido no vínculo com os pais teve correlação inversamente significativa com todos os escores de severidade. Houve uma associação ($p < 0,05$) entre o tempo passado do estupro em dias e o *cluster* de re-experienciação e entre a idade e o escore da CGI (TABELA 1). Foi realizada regressão linear tendo o escore total da DTS como variável dependente e o afeto materno como independente ($b = -0.415$; $t(1) = -2.415$; $P = 0.023$), com o afeto paterno como

independente ($b=-0.538$; $t(1)=-3.316$; $P=0.003$) e com o escore combinado de afeto como variável independente ($b=-0.623$; $t(1)=-4.134$; $P=0.000$). O mesmo procedimento foi realizado tendo o escore da CGI como a variável dependente em relação ao afeto paterno ($b=-0.540$; $t(1)=-3.337$; $P=0.002$) e ao escore combinado de afeto ($b=-0.531$; $t(1)=-3.257$; $P=0.003$).

As pacientes com diagnóstico de TEA tiveram pais significativamente menos afetivos (16.5 *versus* 24.35; $t(27)=-2.066$; $P=0.049$) e mais controladores (23.75 *versus* 15.82; $t(27)=2.404$; $P=0.023$) do que as pacientes sem o diagnóstico. A única variável qualitativa significativamente associada aos escores da CGI e da DTS foi história prévia de doença psiquiátrica (TABELA 2).

Utilizando os pontos de corte do estudo populacional realizado em Sydney e replicado em outros estudos de validação, podemos classificar a parentagem em quatro tipos: tipo “1” ou parentagem ótima, tipo “2” ou controle afetivo, tipo “3” ou controle sem afeto e tipo “4” negligente. O tipo “3” ou controle sem afeto é o tipo mais freqüentemente associado a psicopatologia [71, 90]. Nesse estudo, 20% da população correspondeu ao tipo 1 tanto em relação aos pais, quanto às mães; 23.3% correspondeu ao tipo 2 em relação às mães e 26.7% em relação aos pais. O tipo 3 teve uma incidência de 40% em ambos os casos, enquanto o tipo 4 foi observado em 16,7% das mães e 10% dos pais. O One-Way ANOVA foi realizado para os diferentes tipos de parentagem dos pais e das mães, mas somente houve diferença significativa entre os grupos no caso dos pais, tanto em relação aos escores da DTS ($F=4.182$; $df=3$; $P=0.016$), quanto da CGI ($F=3.537$; $df=3$; $P=0.029$). Quando o teste LSD foi realizado, esta diferença foi localizada entre os grupos 1 e 3 para todos os desfechos, de acordo com outros estudos.

Após estabelecer os modelos hierárquicos, as variáveis que permaneceram significativas ($P < 0,05$) em relação ao escore da CGI foram o afeto e a percepção de apoio e, em relação a DTS, o afeto e o tempo passado desde o estupro (TABELA 3).

Discussão:

As principais limitações desse estudo são o tamanho da amostra e a especificidade das suas características, que poderiam impedir a generalização dos dados. Por outro lado, o delineamento foi realizado com a intenção de homogeneizar as variáveis do trauma o máximo possível, tornando possível a comparação dos escores do PBI dentro do grupo, controlando para outras variáveis comumente associadas a severidade dos sintomas. Apesar da necessidade de mais pesquisas para confirmar a magnitude das associações, a diminuição de afeto foi fortemente correlacionada com a severidade dos sintomas na fase aguda e com o prejuízo clínico. Além disso, o diagnóstico de TEA, associado a severidade e a presença de sintomas dissociativos, foi mais freqüente em pacientes que perceberam seus pais como menos afetivos e mais controladores. De acordo com achados em outras patologias, o tipo 3, ou controle sem afeto, foi associado a maior severidade e o tipo 1, ou parentagem ótima, a menos sintomas.

Considerando que a severidade dos sintomas na fase aguda, a presença de sintomas dissociativos e o diagnóstico de TEA estão claramente associados ao desenvolvimento de TEPT e ao seu prognóstico [32-36, 135], pode-se supor que as experiências infantis, especialmente aquelas ligadas a qualidade do vínculo com os pais, podem ser muito importantes do ponto de vista de risco e resiliência ao enfrentar situações traumáticas, mesmo na vida adulta, independentemente da idade em que ocorra o trauma.

Pode-se supor, considerando a teoria psicanalítica, que sentimentos de desamparo, impotência, terror, desesperança, entre outros, iriam de encontro a estrutura da

personalidade do indivíduo e à percepção sobre o mundo e sobre o *self*, que derivam em grande parte das experiências infantis. A grande ênfase que vem sendo dada a interpretação e a significação do evento traumático poderia estar relacionada ao fato de que indivíduos saudáveis enfrentam a situação com esperança, buscando ajuda, tentando transformar e aprender, a partir da experiência traumática. Por outro lado, a falha em superar o trauma poderia ser reforçada por sentimentos de desamparo, pela idéia de que o trauma apenas confirma sentimentos de impotência e submissão, reforçando a percepção da “falha do objeto primário”, sendo o mundo de fato um lugar perigoso e ameaçador, onde as pessoas não são confiáveis [8]. Torna-se impossível confiar em si mesmo, nas outras pessoas e no mundo, e o indivíduo torna-se altamente vulnerável, sentindo-se em perigo eminente.

Alternativamente, pode-se considerar a teoria do desamparo aprendido, primariamente desenvolvida por Seligman, que se baseia no fato de que animais que foram precocemente expostos a choques sem fuga possível, falham em escapar quando enfrentam situações em que há escape possível no futuro. Essa falha não se dissipa no tempo, mas pode ser revertida ao forçar-se a exposição a contingências de fuga [136-139]. Aplicada a humanos, a díade otimismo-pessimismo foi associada à capacidade de *coping* e à saúde física e mental em um grande número de estudos [140-143]. Pode-se entender a relação da criança com seus pais como essencial na percepção de fracasso *versus* sucesso na infância, reforçando esperança e luta em oposição a desesperança e passividade, levando a uma maior capacidade de superar a situação traumática ou a um senso de incompetência e falha persistente..

Além disso, estudos recentes têm demonstrado consistentemente o impacto de situações traumáticas na infância sobre a função neurobiológica da criança, sendo lógico considerar

a parentagem percebida como um potencial fator estressor que poderia levar a “marcas” neurobiológicas que poderiam interferir na capacidade futura de *coping* e ajuste social, além de interferir com a saúde física e mental [51, 144-146].

O conhecimento dos aspectos da relação pais e filhos que geram adultos mais aptos a enfrentar situações adversas, possibilita o planejamento de estratégias de saúde pública como a educação dos pais. Os resultados obtidos nesse estudo são bastante significativos, apontando a necessidade de mais estudos para confirmar esses achados e estendê-los a outras populações e diferentes tipos de trauma. O fato da associação com os escores paternos ser mais importante pode refletir o tipo de trauma, estupro, e está de acordo com estudos em abuso sexual na infância [58, 99-101].

Outro aspecto importante a ser considerado é o diagnóstico na fase aguda, que permite reconhecer os indivíduos que tem um risco maior e poderiam se beneficiar de intervenção precoce. É provável que, pelo menos nos traumas mais severos, associados a altas taxas de TEPT, o critério atual de TEA seja inadequado, deixando questões em aberto: Quais pacientes devem ser tratados na fase aguda e com qual tipo de intervenção? Como estas intervenções afetariam o prognóstico? Quais são as atitudes primárias de intervenção? Após traumas graves, virtualmente todos os indivíduos desenvolvem algum grau de sofrimento. Além da severidade dos sintomas na fase aguda, uma investigação da percepção sobre o mundo, sobre o *self* e sobre os outros, juntamente com a investigação da qualidade dos relacionamentos passados e atuais, poderia auxiliar na identificação daqueles que necessitam de intervenção precoce, além de guiar essa intervenção no sentido da melhora do suporte social e emocional.

Apesar da ausência de respostas definitivas, o objetivo dos autores é chamar a atenção para aspectos da pesquisa do trauma como a importância dos vínculos na infância, que podem

levar um entendimento mais amplo, levantando novas questões sobre a intersecção do campo biológico e psicossocial.

Referências:

- Adam, K. S., Keller, A., West, M., Larose, S., & Goszer, L. B. (1994). Parental representation in suicidal adolescents: a controlled study. *Aust N Z J Psychiatry* **28**, 418-25.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* **60**, 185-95.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. *Rev Brás Psiquiatr* **22**, 106-115.
- Berger, D., Ono, Y., Saito, S., Tezuka, I., Takahashi, Y., Uno, M., Ishikawa, Y., Kuboki, T., Asai, M., & Suematsu, H. (1995). Relationship of parental bonding to child abuse and dissociation in eating disorders in Japan. *Acta Psychiatr Scand* **91**, 278-82.
- Birmes, P., Brunet, A., Carrerras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Lauque, D., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* **160**, 1337-1339.
- Birmes, P., Carrerras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Warner, B. A., Lauque, D., & Schmitt, L. (2001). Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime. *Can J Psychiatry*.
- Blanchard, E., Hickiling, E. J., Forneris, C. A., Taylor, A. E., Buckley, T. C., Loos, W. R., & et al. (1997). Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress* **10**, 215-234.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. (1997). Psychiatry sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* **54**, 81-87.
- Breslau, N., Glenn, C. D., Andreski, P. A., & Peterson, E. L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* **48**, 216-222.
- Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum Dev* **28**, 33-43.
- Brisch, K. H. (2005). [The importance of early traumatic experiences for the development of the infant's brain]. *MMW Fortschr Med* **147**, 39-42.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldmen, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* **27**, 153-160.

- de Kloet, E. R., Sibug, R. M., Helmerhorst, F. M., & Schmidt, M. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neurosci Biobehav Rev* **29**, 271-81.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective examination of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy* **39**, 1063-1084.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* **38**, 319-345.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* **32**, 997-1008.
- Favaretto, E., & Torresani, S. (1997). [Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders]. *Epidemiol Psichiatr Soc* **6**, 124-38.
- Frommberger, U. H., Stieglitz, R. D., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1998). Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **248**, 316-321.
- G, N. S., Stoddard, F., Hall, E., Chawla, N., Lopez, C., Sheridan, R., King, D., King, L., & Yehuda, R. (2005). Pathways to PTSD, Part I: Children With Burns. *Am J Psychiatry* **162**, 1299-304.
- Garland, C. (2000). *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach*. London: Karnac Books.
- Gershuny, B. S., Cloitre, M., & Otto, M. W. (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy* **41**, 157-166.
- Gomez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, & Leal C. (1993). Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **28**, 252-5.
- Herdman, M., Fox-Rushhby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research* **7**, 323-335.
- Kitamura, T., & Suzuki, T. (1993). A validation study of the parental bonding instrument in Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* **47**, 29-36.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy* **41**, 49-65.

- Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R., & Duncan-Jones, P. (1989). The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychol Med* **19**, 1023-34.
- Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology* **111**, 626-636.
- Marshall, R. D., Spitzer, R., & Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DM-IV diagnosis of Acute Stress Disorder. *Am J Psychiatry* **156**, 1677-1685.
- Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M., & Offord, K. P. (2002). Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clin Proc* **77**, 748-53.
- McNally, R. J., Clancy, S. A., Barrett, H. M., & Parker, H. A. (2005). Reality monitoring in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *J Abnorm Psychol* **114**, 147-52.
- Neale, M. C., Walters, E., Heath, A. C., Kessler, R. C., Perusse, D., Eaves, L. J., & Kendler, K. S. (1994). Depression and parental bonding: cause, consequence, or genetic covariance? *Genet Epidemiol* **11**, 503-22.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* **35**, 301-5.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Brit. J. Psychiat.* **134**, 138-47.
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Arch Gen Psychiatry* **40**, 956-60.
- Parker, G. (1986). Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta psychiatr. scand.* **73**, 22-27.
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev* **7**, 317-335.
- Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* **13**, 361-74.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* **52**, 1-10.
- Rajabally, M. H. (1987). Instruction in developmental psychology and its influence on self-concept. *Adolescence* **22**, 545-53.

- Rankin, P., Bentall, R., Hill, J., & Kinderman, P. (2005). Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants. *Psychopathology* **38**, 16-25.
- Regehr, C., & Marziali, E. (1999). Response to sexual assault: a relational perspective. *J Nerv Ment Dis* **187**, 618-623.
- Riulli, L., & Savicki, V. (2003). Optimism and coping as moderators of the relationship between chronic stress and burnout. *Psychol Rep* **92**, 1215-26.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord* **29**, 380-92.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., O'Shea, M. L., & Mullen, P. E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine* **25**, 127-142.
- Ruchkin, V. V., Eisemann, M., & Hägglöf, B. (1998). Juvenile male rape victims: is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting? *Child Abuse & Neglect* **22**, 889-899.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology* **13**, 309-20.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annu Rev Med* **23**, 407-12.
- Seligman, M. E. (2000). Optimism, pessimism, and mortality. *Mayo Clin Proc* **75**, 133-4.
- Seligman, M. E., & Beagley, G. (1975). Learned helplessness in the rat. *J Comp Physiol Psychol* **88**, 534-41.
- Seligman, M. E., Maier, S. F., & Geer, J. H. (1968). Alleviation of learned helplessness in the dog. *J Abnorm Psychol* **73**, 256-62.
- Seligman, M. E., Rosellini, R. A., & Kozak, M. J. (1975). Learned helplessness in the rat: time course, immunization, and reversibility. *J Comp Physiol Psychol* **88**, 542-7.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canneti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am J Psychiatry* **153**, 219-225.
- Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., & Blaszczynski, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* **159**, 835-41.
- Stein, A. T., Carlo, E. D., Casanova, F., Pam, M. S., & Pellegrin, L. G. (2004). Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de atenção primária. *Revista de Psiquiatria do RS* **26**, 158-166.

- Stroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Dev* **56**, 1-14.
- Sturges, J. W., & Rogers, R. W. (1996). Preventive health psychology from a developmental perspective: an extension of protection motivation theory. *Health Psychol* **15**, 158-66.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress* **14**, 369-389.
- Victoria, C., Huttly, S., Fuchs, S., & Olinto, M. (1997). The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology* **26**, 224-227.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychol Med* **35**, 387-93.
- Yehuda, R. (2004). Risk and Resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* **65**, 29-36.

TABELA 1 – Correlação (r de Pearson) entre variáveis quantitativas e desfechos

	CGI	DTS	DTSR	DTSA	DTSH
Afeto Materno	-0.28	-0.42*	-0.22	-0.41*	-0.51**
Afeto Paterno	-0.54**	-0.54**	-0.46*	-0.52**	-0.46*
Afeto Combinado	-0.53**	-0.62**	-0.45*	-0.59**	-0.64**
Controle Materno	-0.01	0.14	0.27	0.05	0.08
Controle Paterno	0.27	0.17	0.08	0.13	0.23
Controle Combinado	0.15	0.195	0.235	0.090	0.213
Tempo (dias)	-0.14	-0.32	-0.42*	-0.17	-0.28
Idade	0.43*	0.33	0.24	0.29	0.34
Escolaridade	-0.20	-0.09	-0.02	-0.09	-0.17
Apoio	-0.27	0.02	-0.04	0.03	0.08

DTSR escore de re-experienciação na DTS

DTSA escore de evitação na DTS

DTSH escore de hiperexcitabilidade na DTS

* P < 0.05

** P < 0.01

TABELA 2 – Comparação de Médias (teste para amostras independentes, duas caudas)

	n	CGI	DTS
HDP		t(28)= 2.497; P= 0.019*	t(28)= 2.389; P= 0.024*
Sim	13	5.15 (±0.98)	95.38 (SD 17.52)
Não	17	3.94 (±1.52)	74.00 (SD 28.38)
HPT		t(28)= 1.454; P= 0.157	t(28)= 1.355; P= 0.18
Sim	7	5.14 (±0.90)	94.86 (SD 16.07)
Não	23	4.26 (± 1.51)	79.74 (SD 27.93)
HPA		t(28)= 0.419; P= 0.678	t(28)= 1.713; P= 0.138
Sim	4	4.75 (± 1.26)	97.75 (± 16.40)
Não	26	4.42 (± 1.47)	81.04 (± 26.95)
HFDP		t(28)= 1.707; P= 0.099	t(28)= 1.411; P= 0.169
Sim	22	4.73 (± 1.39)	87.27 (± 27.72)
Não	8	3.75 (± 1.39)	72.25 (±18.79)
Culpa		t(28)= 1.880; P= 0.071	t(28)= 1.455; P= 0.157
Sim	20	4.80 (±1.36)	88.10 (± 22.12)
Não	10	3.80 (± 1.40)	73.60 (± 32.05)

Valores expressos em média ± DP

HDP história de doença psiquiátrica

HPT história prévia de trauma

HPA história prévia de abuso

HFDP história familiar de doença psiquiátrica

TABELA 3 – Modelos Hierárquicos

	CGI		DTS	
<u>Modelo 1</u>	b	P	b	P
Idade	0.33	0,054	0.19	0,252
Escolaridade	-0.16	0,315	-0.08	0,614
Afeto	-0.46	0,007**	-0.58	0,001**
Controle	0.07	0,680	0.14	0,386
<u>Modelo 2</u>	b	P	b	P
HDP	0.11	0,634	0.17	0,467
HPT	0.30	0,239	0.16	0,516
HPA	-0.28	0,158	-0.08	0,690
HFDP	0.19	0,272	0.09	0,583
<u>Modelo 3</u>	b	P	b	P
Culpa	0.24	0,162	0.19	0,229
Tempo (dias)	-0.31	0,067	-0.39	0,017*
Apoio	-0.34	0,036*	-0.08	0,598

HDP história de doença psiquiátrica

HPT história prévia de trauma

HPA história prévia de abuso

HFDP história familiar de doença psiquiátrica

8 DISCUSSÃO

No que diz respeito à hipótese principal de trabalho, as principais limitações desse estudo são o tamanho da amostra e a especificidade do tipo de trauma e dos critérios de inclusão e exclusão, que podem impossibilitar a generalização dos achados. No entanto, o delineamento do estudo foi feito com a intenção de homogeneizar as variáveis relacionadas ao trauma o máximo possível, possibilitando a comparação dos fatores em estudo e o controle das demais variáveis comumente associadas à gravidade da sintomatologia aguda após um evento traumático [4, 29, 37, 108].

Embora sejam necessários outros estudos para determinar a magnitude das associações encontradas e a sua influência em outros tipos de trauma e outras populações, a percepção de pais menos afetivos esteve fortemente associada à severidade dos sintomas na fase aguda e ao prejuízo clínico. Além disso, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA), sabidamente associado à severidade dos sintomas, à presença de sintomas dissociativos e ao prognóstico, foi mais freqüente em pacientes com pais menos afetivos e mais controladores. Em concordância com estudos de outras psicopatologias, o vínculo do tipo três, ou controle sem afeto, foi associado a maior gravidade, enquanto o vínculo do tipo um, ou parentagem ótima (presença de afeto e encorajamento de autonomia), com menos sintomas.

Considerando que a severidade da sintomatologia aguda, a presença de sintomas dissociativos e o diagnóstico de TEA estão claramente associados ao desenvolvimento e a manutenção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), pode-se supor que as experiências infantis, especialmente a qualidade do vínculo com os pais na infância, possam constituir um importante fator de risco/ resiliência no TEPT, independentemente da idade em que ocorre o trauma.

A evidência da importância da qualidade do vínculo com o(s) cuidador(es) como determinante da capacidade de adaptação *versus* desenvolvimento de psicopatologia após a experiência de um estressor grave – estupro – encontra ressonância nas mais diversas teorias do desenvolvimento psíquico e nos avanços científicos atuais.

Pode-se supor, considerando a teoria psicanalítica, que sentimentos de desamparo, impotência, terror, desesperança e outros, ao enfrentar experiências traumáticas, iriam de encontro às características da personalidade, questionando o estilo defensivo e as percepções sobre o mundo, sobre o *self* e sobre os objetos (e relações de objeto internalizadas), os quais se derivam, em grande parte, das experiências infantis. A grande ênfase dada atualmente à interpretação e a significação do evento traumático e dos sintomas desencadeados por ele poderia estar relacionada ao fato de que indivíduos saudáveis enfrentam o evento traumático com esperança, buscando ajuda, tentando modificar a situação e aprender a partir da experiência traumática. Por outro lado, a falha em superar o trauma poderia ser reforçada pela desesperança, pela idéia de que o trauma apenas confirmou sentimentos de impotência, incompetência e submissão, reforçando a percepção de “falha do objeto primário”, de que o mundo de fato é

um lugar perigoso e assustador, onde as pessoas não são confiáveis [8]. Torna-se impossível confiar em si mesmo, nos outros e no mundo. Dessa forma, o indivíduo torna-se extremamente vulnerável, sentindo-se em perigo iminente.

De fato, desde os estudos de Freud, a relação cuidador-criança tem papel central no desenvolvimento da personalidade [64]. A concepção freudiana de inconsciente e de perpetuação de respostas mal adaptativas repetidas primariamente oriundas da experiência infantil (neurose) encontra hoje suporte empírico substancial, a partir dos estudos da memória procedural ou implícita, que evidenciam que agimos de acordo com experiências prévias, a pesar de não haver recordação consciente dessas experiências [109, 110].

Diversos aspectos da interação ambiente *versus* fatores constitucionais tem sido salientados como, por exemplo, a importância de um ambiente continente, que possibilitaria o desenvolvimento, a partir de percepções sensório-motoras difusas, de uma consistente, diferenciada e relativamente realista representação do self e da interação objetal, através de uma crescente evolução de níveis de representação simbólica [111]. Spitz, já na década de cinquenta, salientava a importância da relação mãe-bebê no desenvolvimento adequado da regulação do afeto [112], fato atualmente corroborado por uma série de estudos em animais que demonstram claramente o papel da maternagem no desenvolvimento do funcionamento neurobiológico da prole [51, 53, 55, 60]. O papel do cuidador no desenvolvimento da capacidade de pensar e significar a experiência foi salientado por autores como Bion, Spillius e Fonagy, e, de fato, o desenvolvimento cerebral precoce tem sido visto como crucial no desenvolvimento de distúrbios psicológicos, em detrimento de um funcionamento adaptativo [111].

A teoria do desamparo aprendido (*learned helplessness*), que tem Seligmann como um dos seus principais autores, possibilita um entendimento alternativo do modo como experiências negativas prévias poderiam influir na capacidade de enfrentamento de situações de estresse ou traumas. A teoria do desamparo aprendido foi desenvolvida, a partir de estudos em modelos animais que demonstraram que aqueles expostos previamente a choques dos quais não havia possibilidade de escape, eram incapazes de escapar quando confrontados com situações em que havia possibilidade de escape no futuro. Essa impossibilidade de apresentar um comportamento de fuga não se dissipava no tempo, mas era modificativa quando o animal era forçado um determinado número de vezes a contingências de fuga ao estresse (ser guiado repetidas vezes para a parte da gaiola que desligava o mecanismo de choque) [113]. Aplicada a humanos, a díade pessimismo-otimismo foi associada a adaptação (*coping*), saúde física e mental em um grande número de estudos [113-116]. Poderíamos entender a relação parental como um aspecto central na percepção de falha *versus* sucesso na infância, aumentando a auto-eficácia e o comportamento de esperança e luta *versus* desamparo e passividade, levando a uma melhor capacidade de superar a situação traumática, em oposição a um senso de incompetência e falha persistente, presentes em um grande número de vítimas de trauma que não conseguem retornar ao seu funcionamento prévio.

Do ponto de vista de risco e resiliência ao enfrentar uma situação traumática, a evidência de que a qualidade da relação com os pais na infância, principalmente a presença de afeto, tem importância significativa está em conformidade com estudos em modelos animais que evidenciam que uma maternagem adequada e

afetiva, como por exemplo a presença do comportamento de lambar e acariciar em ratas, promove um desenvolvimento neurobiológico mais adaptativo, influenciando diretamente na expressão gênica, na regulação neuroendócrina e na plasticidade cerebral [51, 53, 55, 60], determinando a resposta neuroendócrina e comportamental a estressores na vida adulta [117, 118]. De fato, estudos em humanos, além de evidenciar consistentemente a associação de eventos adversos na infância com uma predisposição a transtornos de ansiedade, tem demonstrado alterações de base neurobiológica em adultos, após a exposição a abuso e negligência ou a outros tipos de trauma infantil, semelhantes àquelas encontradas em modelos animais [4, 52, 56].

A importância da rede social em relação à gravidade clínica é congruente com outros estudos e também pode ser parcialmente determinada pelas experiências precoces de relacionamento. Kohut, autor da teoria do *self*, enfatizou a importância da relação precoce com o cuidador, no sentido de possibilitar o desenvolvimento da autonomia e auxiliar no desenvolvimento da capacidade de diferenciar, tolerar e pensar sobre os afetos como centrais no desenvolvimento do *self*. Kohut salientou que a existência destes objetos “auxiliares” seguiria sendo importante durante toda a vida [119]. A importância da rede social como fator protetor tem sido evidenciada em uma série de estudos epidemiológicos [111].

John Bowlby (1907-1991), um dos principais autores da psicologia do desenvolvimento, trouxe mudanças significativas no entendimento do papel da relação da criança com sua mãe ou cuidador. A introdução da teoria do apego e do papel do cuidador como uma “base-segura”, propiciando cuidado e afeto, sem restringir a autonomia e a exploração, apresentou um novo conceito sobre o que

seriam vínculos saudáveis e propiciadores de saúde mental. Outra importante função da relação com o cuidador seria a veracidade dos modelos de *self*, objeto e realidade oferecidos e a validação da percepção da realidade da criança, bem como o auxílio na interpretação de eventos adversos. A possibilidade de questionamento dos modelos também teria papel importante na construção da veracidade, e uma regressão ao comportamento de apego em situações de perigo e estresse é vista como um recurso adaptativo ao longo de toda a vida, ao invés de um comportamento predominantemente imaturo [74]. Desenvolvimentos atuais destes conceitos, juntamente com dados empíricos, evidenciam que, embora os modelos primitivos sejam de crucial importância e tenham influência direta nos modelos de relacionamento futuros, esses não são estáticos, e as relações interpessoais seguem tendo, em algum grau, as mesmas funções das relações primitivas [111]. Além de estarem de acordo com os achados do presente estudo, esses conceitos estão em conformidade com as evidências atuais do papel protetor da rede social e das relações interpessoais.

O fato da associação com os escores paternos ser mais proeminente do que com os escores maternos poderia ser explicada pelo tipo de trauma (estupro) e está em conformidade com estudos de abuso sexual na infância [58, 99-101].

9 CONCLUSÃO

No que se refere à adaptação transcultural do *Parental Bonding Instrument* para o nosso meio, o estudo alcançou os objetivos de equivalência conceitual, equivalência dos itens, equivalência semântica, equivalência operacional, equivalência funcional e aprovação da versão final pelo autor original do instrumento, disponibilizando uma versão inicial de um instrumento extremamente útil e utilizado em diversas culturas nas últimas duas décadas. No entanto, a equivalência funcional de uma adaptação transcultural supõe que o instrumento mede o que se propõe nas diferentes culturas e engloba todo o processo descrito, além da avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, necessitando do seguimento do processo de validação para conclusões definitivas sobre a adequação da versão proposta.

O conhecimento dos aspectos da relação pais e filhos que possibilitam o desenvolvimento de adultos mais aptos a lidar com situações adversas, possibilita o planejamento de estratégias de intervenção social, como, por exemplo, estratégias de educação sobre os aspectos da relação familiar associados à resiliência e à saúde mental.

Após a ocorrência de um evento traumático grave, virtualmente todos os indivíduos desenvolvem algum grau de estresse agudo e sofrimento. Além da severidade dos sintomas na fase aguda, a investigação das percepções sobre o mundo, sobre o *self* e sobre os outros, juntamente com a investigação da qualidade das relações atuais e passadas e da rede social disponível, poderia

ajudar na identificação daquelas pessoas que estão sob maior risco, necessitando intervenções precoces, bem como poderia guiar estas intervenções em termos de melhorar o suporte social e emocional disponível.

Com a confirmação, nessa amostra, da hipótese de que indivíduos com relações precoces de melhor qualidade desenvolvem sintomas menos intensos e duradouros após exposição ao mesmo evento traumático, pode-se pensar que a influencia do comportamento parental sobre o funcionamento neurobiológico é, de fato, o substrato de seu impacto sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional, descritos pelos mais diversos teóricos da psicologia, influenciando diretamente sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a modulação de características de temperamento.

10 REFERÊNCIAS

1. Schestatsky S, et al. *Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder*. Rev Bras Psiquiatr, 2003. 25(supl 1): p. 8-11.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Editor. 1980: Washington, DC.
3. Breslau, N., et al., *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. Arch Gen Psychiatry, 1991. 48: p. 216-222.
4. Neale, M.C., et al., *Depression and parental bonding: cause, consequence, or genetic covariance?* Genet Epidemiol, 1994. 11(6): p. 503-22.
5. Foa, E. and B. Rothbaum, *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. 1998, New York: Guilford.
6. Kilpatrick, D. and H. Resnick, *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, ed. J.R.T. Davidson and E. Foa. 1993, Washington DC: American Psychiatric Press. 113-143.
7. Frans, O., et al., *Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population*. Acta Psychiatr Scand, 2005. 111(4): p. 291-9.
8. Garland, C., ed. *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach*. 2 ed. 2000, Karnac Books: London.
9. Creamer, M., A.C. McFarlane, and P. Burgess, *Psychopathology following trauma: the role of subjective experience*. J Affect Disord, 2005. 86(2-3): p. 175-82.
10. Farevelli, C., et al., *Psychopathology After Rape*. Am J Psychiatry, 2004. 161: p. 1483-1485.
11. Breslau, N., et al., *Psychiatry sequelae of posttraumatic stress disorder in women*. Arch Gen Psychiatry, 1997. 54: p. 81-87.
12. Dunmore, E., D.M. Clark, and A. Ehlers, *Cognitive factors involved in maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault*. Behaviour Research and Therapy, 1999.
13. Dunmore, E., D.M. Clark, and A. Ehlers, *A prospective examination of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault*. Behaviour Research and Therapy, 2001. 39: p. 1063-1084.
14. Regehr, C. and E. Marziali, *Response to sexual assault: a relational perspective*. J Nerv Ment Dis, 1999. 187(10): p. 618-623.

15. Ministério da Justiça, *Secretaria Nacional de Segurança Pública: Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública*; <http://www.mj.gov.br/senasp>. 2005.
16. Koss, M.P., *Empirically enhanced reflections on 20 years of rape research*. J Interpers Violence, 2005. 20(1): p. 100-7.
17. Campbell, R. and S.M. Wasco, *Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions*. J Interpers Violence, 2005. 20(1): p. 127-31.
18. Allen, J., *Coping with Trauma: Hope Through Understanding* 2ed. 2005, Washington DC; London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
19. Abbey, A., *Lessons learned and unanswered questions about sexual assault perpetration*. J Interpers Violence, 2005. 20(1): p. 39-42.
20. Hedlund, S., et al., *Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation*. Eat Weight Disord, 2003. 8(1): p. 26-35.
21. Hopkins Tanne, J., *Justice department fails to mention emergency contraception after rape*. Bmj, 2005. 330(7483): p. 112.
22. Logan, T., et al., *Barriers to services for rural and urban survivors of rape*. J Interpers Violence, 2005. 20(5): p. 591-616.
23. Nagel, B., et al., *Attitudes toward victims of rape: effects of gender, race, religion, and social class*. J Interpers Violence, 2005. 20(6): p. 725-37.
24. Rickert, V.I., C.M. Wiemann, and R.D. Vaughan, *Disclosure of date/acquaintance rape: who reports and when*. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2005. 18(1): p. 17-24.
25. Latts, M. and C. Gelso, *Contratransference Behaviour and Management with Survivors of Sexual Assault*. Psychotherapy, 1955. 32(3).
26. Zuwick, A.M., "EU NÃO TIVE ESCOLHA": ESTUPRO E SUBJETIVIDADE. in *Faculdade de Psicologia*, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre.
27. Shestatsky, S., et al., *A Vulnerabilidade do Terapeuta e seu Impacto sobre a Função Terapêutica*. Revista Brasileira de Psicoterapia, 2003. 5(3): p. 307-317.
28. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. ed. 1994, Washington, DC.: American Psychiatry Association.

29. Adams, G.R. and S.K. Marshall, *A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context*. J Adolesc, 1996. 19(5): p. 429-42.
30. Zlotnick, C., C.L. Franklin, and M. Zimmerman, *Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder (have any clinical relevance?* Comprehensive Psychiatry, 2002. 43(6): p. 413-419.
31. Luthar, S.S., D. Cicchetti, and B. Becker, *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Dev, 2000. 71(3): p. 543-562.
32. Segman, R.H., et al., *Peripheral blood mononuclear cell gene expression profiles identify emergent post-traumatic stress disorder among trauma survivors*. Mol Psychiatry, 2005. 10(5): p. 500-13, 425.
33. Frommberger, U.H., et al., *Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1998. 248: p. 316-321.
34. Blanchard, E., et al., *Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims*. Journal of Traumatic Stress, 1997. 10: p. 215-234.
35. Birmes, P., et al., *The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study*. Am J Psychiatry, 2003. 160(7): p. 1337-1339.
36. Birmes, P., et al., *Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime*. Can J Psychiatry, 2001.
37. McNally, R.J., *Psychological mechanisms in acute response to trauma*. Society of biological psychiatry, 2003. 53: p. 779-788.
38. Ullman, S.E. and H.H. Filipas, *Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims*. Journal of Traumatic Stress, 2001. 14(2): p. 369-389.
39. Shin, L.M., et al., *A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder*. Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(3): p. 273-81.
40. Smith, N., et al., *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. 37(12): p. 572-9.

41. Protopopescu, X., et al., *Differential time courses and specificity of amygdala activity in posttraumatic stress disorder subjects and normal control subjects*. Biol Psychiatry, 2005. 57(5): p. 464-73.
42. Tanaka, E., et al., *Hopelessness in a community population: factorial structure and psychosocial correlates*. J Soc Psychol, 1998. 138(5): p. 581-90.
43. Ballenger, J.C., et al., *Consensus Statement Update on Posttraumatic Stress Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety*. J Clin Psychiatry, 2004. 65(Suppl 1): p. 55-62.
44. Yehuda, R., *Risk and Resilience in posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 2004. 65(suppl 1): p. 29-36.
45. Baker, B., E. Helmes, and S.S. Kazarian, *Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization*. Br J Psychiatry, 1984. 144: p. 263-9.
46. Pagani, M., et al., *Regional cerebral blood flow during auditory recall in 47 subjects exposed to assaultive and non-assaultive trauma and developing or not posttraumatic stress disorder*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2005.
47. Laposa, J.M. and L.E. Alden, *Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model*. Behaviour Research and Therapy, 2003. 41: p. 49-65.
48. Gershuny, B.S., M. Cloitre, and M.W. Otto, *Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event related fears about death and control mediate their relation?* Behaviour Research and Therapy, 2003. 41: p. 157-166.
49. Ehlers, A. and D.M. Clark, *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behaviour Research and Therapy, 2000. 38: p. 319-345.
50. Otte, C., et al., *Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits*. Biol Psychiatry, 2005. 57(1): p. 27-32.
51. de Kloet, E.R., et al., *Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life*. Neurosci Biobehav Rev, 2005. 29(2): p. 271-81.
52. Bremner, J.D., et al., *Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse*. Psychoneuroendocrinology, 2003. 28(6): p. 733-50.
53. Bremner, J.D., et al., *Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans*. Am J Psychiatry, 1993. 150(2): p. 235-9.

54. Coplan, J.D., et al., *Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders*. Proc Natl Acad Sci U S A, 1996. 93(4): p. 1619-23.
55. Coplan, J.D., et al., *Cerebrospinal fluid concentrations of somatostatin and biogenic amines in grown primates reared by mothers exposed to manipulated foraging conditions*. Arch Gen Psychiatry, 1998. 55(5): p. 473-7.
56. Liu, D., et al., *Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress*. Science, 1997. 277(5332): p. 1659-62.
57. Nemeroff, C.B., *Neurobiological consequences of childhood trauma*. J Clin Psychiatry, 2004. 65 Suppl 1: p. 18-28.
58. Smotherman, W.P., *Mother-infant interaction and the modulation of pituitary-adrenal activity in rat pups after early stimulation*. Dev Psychobiol, 1983. 16(3): p. 169-76.
59. Berger, D., et al., *Relationship of parental bonding to child abuse and dissociation in eating disorders in Japan*. Acta Psychiatr Scand, 1995. 91(4): p. 278-82.
60. Hancock, S.D., J.L. Menard, and M.C. Olmstead, *Variations in maternal care influence vulnerability to stress-induced binge eating in female rats*. Physiol Behav, 2005. 85(4): p. 430-9.
61. Fish, E.W., et al., *Epigenetic Programming of Stress Responses through Variations in Maternal Care*. Ann N Y Acad Sci, 2004. 1036: p. 167-80.
62. Lovic, V., A. Gonzalez, and A.S. Fleming, *Maternally separated rats show deficits in maternal care in adulthood*. Dev Psychobiol, 2001. 39(1): p. 19-33.
63. Gonzalez, A., et al., *Intergenerational effects of complete maternal deprivation and replacement stimulation on maternal behavior and emotionality in female rats*. Dev Psychobiol, 2001. 38(1): p. 11-32.
64. Caldji, C., J. Diorio, and M.J. Meaney, *Variations in maternal care in infancy regulate the development of stress reactivity*. Biol Psychiatry, 2000. 48(12): p. 1164-74.
65. Freud, S., *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 1890-1939*, Imago Editora.
66. Garland, C., *Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado, in Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2005, ARTMED: Porto Alegre. p. 702-716.

67. Enns, M.W., C.B. J., and I. Clara, *Parental bonding and adult psychopathology: results from US national Comorbidity Survey*. Psychological Medicine, 2002. 32(6): p. 997-1008.
68. Favaretto, E. and S. Torresani, [*Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders*]. Epidemiol Psichiatr Soc, 1997. 6(2): p. 124-38.
69. Nickell, A.D., C.J. Waudby, and T.J. Trull, *Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults*. J Personal Disord, 2002. 16(2): p. 148-59.
70. Vogel, P.A., T.C. Stiles, and H.M. Nordahl, *Recollections of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controls*. Acta Psychiatr Scand, 1997. 96(6): p. 469-74.
71. Parker, G., *Parental characteristics in relation to depressive disorders*. Brit. J. Psychiat., 1979. 134: p. 138-47.
72. Parker, G., *Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated*. Arch Gen Psychiatry, 1983. 40(9): p. 956-60.
73. Parker, G., et al., *An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning*. J Personal Disord, 1999. 13(4): p. 361-74.
74. Sato, T., et al., *Dysfunctional parenting as a risk factor to lifetime depression in a sample of employed japanese adults: evidence for the 'affectionless control' hypothesis*. Psychological Medicine, 1998. 28(3): p. 737-742.
75. Bretherton, I., *Bowlby's legacy to developmental psychology*. Child Psychiatry Hum Dev, 1997. 28(1): p. 33-43.
76. Stroufe, L.A., *Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament*. Chil Dev, 1985. 56: p. 1-14.
77. Stroufe, L.A., *Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: the roots of maladaptation and competence*, in *Minnesota Symposium in Child Psychology*, 16, M. Perlmutter, Editor. 1983, University of Minnesota Press: Minneapolis.
78. Bowlby, J., *Developmental Psychiatry Comes of Age*. Am J Psychiatry, 1988. 145(1): p. 1-10.
79. Bowlby, J., *The Making and Beaking of Affectional Bonds*. Brit. J. Psychiat., 1977. 30: p. 201-210.
80. Parker, G., H. Tupling, and L.B. Brown, *A Parental Bonding Instrument*. British Journal of Medical Psychology, 1979. 52: p. 1-10.

81. Parker, G., *The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed*. *Psychiatr Dev*, 1989. 7(4): p. 317-335.
82. Kitamura, T. and T. Suzuki, *A validation study of the parental bonding instrument in Japanese population*. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 1993. 47(1): p. 29-36.
83. Cox, B.J., M.W. Enns, and I.P. Clara, *The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the National Comorbidity Survey*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2000. 35(8): p. 353-7.
84. Gomez-Beneyto M, et al., *Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993. 28(5): p. 252-5.
85. Kitamura, T. and T. Suzuki, *A validation study of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population*. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 1993. 47(1): p. 29-36.
86. Murphy, E., C.R. Brewin, and L. Silka, *The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors?* *Psychol Med*, 1997. 27(2): p. 333-41.
87. Narita, T., et al., *Parental child-rearing behavior as measured by the Parental Bonding Instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression*. *J Affect Disord*, 2000. 57(1-3): p. 229-34.
88. Parker, G., L. Hayward, and P. Johnston, *Factorial validity of the EE scales*. *Psychol Med*, 1989. 19(2): p. 435-46.
89. Sato, T., et al., *Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population*. *Psychol Med*, 1999. 29(1): p. 127-33.
90. Scinto, A., et al., *[The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study]*. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 1999. 8(4): p. 276-83.
91. Mackinnon, A.J., et al., *The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample*. *Psychol Med*, 1989. 19(4): p. 1023-34.
92. Martin, G. and S. Waite, *Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide*. *Acta Psychiatr Scand*, 1994. 89(4): p. 246-54.
93. Ingram, R.E. and J. Ritter, *Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals*. *J Abnorm Psychol*, 2000. 109(4): p. 588-96.

94. Duggan, C., et al., *Quality of parenting and vulnerability to depression: results from a family study*. Psychol Med, 1998. 28(1): p. 185-91.
95. Boyce, P., I. Hickie, and G. Parker, *Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression*. J Affect Disord, 1991. 21(4): p. 245-55.
96. Wilhelm, K., et al., *The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period*. Psychol Med, 2005. 35(3): p. 387-93.
97. Qadir, F., et al., *The validity of the Parental Bonding Instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani women*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005. 40(4): p. 276-282.
98. Livianos Aldana, L., et al., *[The influence of emotions on upbringing memories: a before-after study with a parental bonding instrument (PBI)]*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines, 1998. 26(4): p. 241-6.
99. Lizardi, H. and D.N. Klein, *Long-term stability of parental representations in depressed outpatients utilizing the Parental Bonding Instrument*. J Nerv Ment Dis, 2005. 193(3): p. 183-8.
100. Rankin, P., et al., *Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants*. Psychopathology, 2005. 38(1): p. 16-25.
101. Ruchkin, V.V., M. Eisemann, and B. Hägglöf, *Juvenili male rape victims: is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting?* Child Abuse & Neglect, 1998. 22(9): p. 889-899.
102. Romans, S.E., et al., *Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study*. Int J Eat Disord, 2001. 29(4): p. 380-92.
103. Herdman, M., J. Fox-Rushhby, and X. Badia, *A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach*. Quality of Life Research, 1998. 7: p. 323-335.
104. Butterfield, M.I., et al., *Neuroactive steroids and suicidality in posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry, 2005. 162(2): p. 380-2.
105. Saltzstein, H.D., *Why are nonprototypical events so difficult, and what are the implications for social-developmental psychology?* Monogr Soc Res Child Dev, 1991. 56(2): p. 104-16.
106. Alexander, K.W., et al., *Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse*. Psychol Sci, 2005. 16(1): p. 33-40.
107. Pine, D.S., et al., *Attention bias to threat in maltreated children: implications for vulnerability to stress-related psychopathology*. Am J Psychiatry, 2005. 162(2): p. 291-6.

108. Amorin, P., *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais*. Rev Brás Psiquiatr, 2000. 22(3): p. 106-115.
109. Jaycox, L.H., G.N. Marshall, and M. Orlando, *Predictors of acute distress among young adults injured by community violence*. Journal of Traumatic Stress, 2003. 16(3): p. 237-245.
110. McNally, R.J., et al., *Reality monitoring in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse*. J Abnorm Psychol, 2005. 114(1): p. 147-52.
111. Schachter, D.L., *Priming and multiple memory systems: perceptual mechanisms of implicit memory*. J Cogn Neurosci, 1992. 4: p. 244-256.
112. Squire, L.S. and E.R. Kandel, *Memory: from molecules to memory*. 1999, New York: Freeman press.
113. Fonagy, P., *Psychoanalytic Developmental Theory*, in *Textbook of Psychoanalysis*, E.P. Person, A.M. Cooper, and G.O. Gabbard, Editors. 2005, American Psychiatry Publishing Inc.: Washington DC. London. p. 131-145.
114. Spitz, R.A., *No and Yes: On the genesis of human communication*. 1957, New York: International Universities Press
115. Seligman, M.E., *Optimism, pessimism, and mortality*. Mayo Clin Proc, 2000. 75(2): p. 133-4.
116. Schou, I., et al., *Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery*. Psychooncology, 2004. 13(5): p. 309-20.
117. Riolli, L. and V. Savicki, *Optimism and coping as moderators of the relationship between chronic stress and burnout*. Psychol Rep, 2003. 92(3 Pt 2): p. 1215-26.
118. Maruta, T., et al., *Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later*. Mayo Clin Proc, 2002. 77(8): p. 748-53.
119. Louvart, H., S. Maccari, and M. Darnaudery, *Prenatal stress affects behavioral reactivity to an intense stress in adult female rats*. Brain Res, 2005. 1031(1): p. 67-73.
120. Louvart, H., et al., *Long-term behavioural alterations in female rats after a single intense footshock followed by situational reminders*. Psychoneuroendocrinology, 2005. 30(4): p. 316-24.
121. Kohut, H., *The Restoration of the Self*. 1977, New York: International Universities Press.

ANEXOS

PROTOCOLO

Nome: _____ Data: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone: _____ Prontuário: _____

Data do trauma: ___/___/___ Idade: ___ anos Escolaridade: ___ anos

Abuso sexual prévio: Não Sim Idade(s): _____História psiquiátrica prévia: Não Sim

Diagnóstico(s): _____

Tratamento Psiquiátrico prévio: Não Sim

Qual? _____

Doença psiquiátrica na família: Não Sim

Quem? Qual? _____

Fez denúncia formal? Não Sim

Se não, por que? _____

Agressor:

 Desconhecido Conhecido Quem? _____

PARENTAL BONDING INSTRUMENT – Versão para o português brasileiro

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

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

ESCALA DAVIDSON DE TRAUMA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M F

Data: ___/___/___

Registro: _____

Gostaríamos que você identificasse a situação traumática que mais o perturba:

Cada uma das questões abaixo se refere a um sintoma específico. Para cada questão considere com que frequência, e com que gravidade, o sintoma o perturbou na última semana. Nos dois quadros ao lado de cada questão escreva um número de 0 a 4 para indicar a frequência e a gravidade do sintoma.

FREQÜÊNCIA	GRAVIDADE
0 = nenhuma vez	0 = não perturbou
1 = uma vez	1 = perturbação mínima
2 = 2 a 3 vezes	2 = perturbação moderada
3 = 4 a 6 vezes	3 = perturbou muito
4 = Diariamente	4 = perturbou extremamente

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Você teve imagens, memórias ou pensamentos dolorosos sobre evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Você teve sonhos perturbadores sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Você sentiu como se o evento estivesse ocorrendo de novo? Como se você estivesse revivendo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Você se incomodou com alguma coisa que lhe lembrou o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Você experimenta sintomas físicos quando algo lhe lembra o evento? (Isto inclui suadouro, tremores, palpitações, o coração disparar, falta de ar, náusea ou diarreia). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Você tem evitado qualquer pensamento ou sentimentos sobre o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Você tem evitado fazer coisas ou entrar em situações que lhe lembrem o evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Você tem se sentido incapaz de lembrar partes importantes do evento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Você vem tendo dificuldades para se sentir satisfeito com as coisas da sua vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Você tem se sentido distante ou desligado das pessoas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Você tem se achado incapaz de se sentir triste ou amoroso com as pessoas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Você vem tendo dificuldade em pensar no seu futuro e em planejar objetivos para sua vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Você vem tendo dificuldade para pegar no sono ou para continuar dormindo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Você tem estado mais irritado ou com crises de raiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Você vem tendo dificuldade para se concentrar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Você tem se sentido como se estivesse "no limite" ou facilmente distraído ou com a sensação de ter que ficar em guarda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Você tem se sentido sobressaltado ou se assustado com facilidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CGI- ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL - *SEVERIDADE DA DOENÇA*

Considerando sua experiência com este de problema, **o quão mentalmente doente** está o paciente **neste momento?**

- (1) Normal; não limítrofe (2) Doença limítrofe (3) Levemente doente (4) Moderadamente doente
(5) Marcadamente doente (6) Gravemente doente (7) Doença extremamente grave

Estresse Agudo: (2 dias até um mês após o trauma)

- 1) Você tem se sentido anestesiado, distante ou vem tendo dificuldade para sentir suas emoções?
 Sim Não
- 2) Você vem tendo dificuldade de tomar consciência das coisas que o cercam, por exemplo, como se estivesse vivendo em um sonho?
 Sim Não
- 3) {Desrealização} Você tem percebido a realidade como se estivesse diferente, estranha, sem sentido ou como um palco em que as pessoas estivessem atuando?
 Sim Não
- 4) {Despersonalização} Você tem se sentido como se não fosse você mesmo, ou como se suas emoções ou sentimentos estivessem estranhos, perdidos, ou como se as emoções não fossem as suas ?
 Sim Não
- 5) {Amnésia Dissociativa} Você tem se sentido incapaz ou com dificuldade de lembrar partes importantes do evento?
 Sim Não

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE APOIO

1. Eu senti que os outros foram compreensivos comigo.

0 1 2 3 4
Não é verdade Um pouco verdadeiro Razoavelmente verdadeiro Bastante verdadeiro Extremamente verdade

2. Eu senti que as outras pessoas entenderam o que passei.

0 1 2 3 4
Não é verdade Um pouco verdadeiro Razoavelmente verdadeiro Bastante verdadeiro Extremamente verdade

3. Eu fiquei triste com a maneira como as outras pessoas agiram.

0 1 2 3 4
Não é verdade Um pouco verdadeiro Razoavelmente verdadeiro Bastante verdadeiro Extremamente verdade

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa com um instrumento diagnóstico que avalia como as pessoas reagem quando são vítimas de uma situação traumática como aconteceu com você. Vamos fazer algumas perguntas sobre você e o que ocorreu, bem como perguntaremos sobre sentimentos que isso causou em você. Essa entrevista durará cerca de uma hora. 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 atendimento no Hospital de Clínicas.

Eu _____ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê 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(a) _____ 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: Simone Hauck - 21018272

Pesquisadora responsável: Lúcia Helena Ceitlin