



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA
COGNITIVA E COMPORTAMENTO (PPGNeC)**



**Relações entre eventos estressores precoces, sintomas psiquiátricos,
esquemas iniciais desadaptativos e características de personalidade em
amostra não clínica**

Ismael Ferreira da Costa

**João Pessoa
Fevereiro de 2016**

Ismael Ferreira da Costa

**Relações entre eventos estressores precoces, sintomas psiquiátricos,
esquemas iniciais desadaptativos e características de personalidade em
amostra não clínica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba, em defesa do grau de mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento, na linha de pesquisa: Neurociência Cognitiva Pré-clínica e Clínica, sob orientação da Prof.^a Dr.^a. Melyssa Kelyanne Cavalcanti Galdino.

**João Pessoa
Fevereiro de 2016**

C837r Costa, Ismael Ferreira da.
Relações entre eventos estressores precoces, sintomas psiquiátricos, esquemas iniciais desadaptativos e características de personalidade em amostra não clínica / Ismael Ferreira da Costa.- João Pessoa, 2016.
163f.
Orientadora: Melyssa Kelyanne Cavalcanti Galdino
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL
1. Psicologia. 2. Neurociência cognitiva e comportamento.
3. Eventos estressores precoces. 4. Sintomas psiquiátricos.
5. Esquemas iniciais desadaptativos. 6. Personalidade.

UFPB/BC

CDU: 159.9(043)

**Relações entre eventos estressores precoces, sintomas psiquiátricos, esquemas iniciais
desadaptativos e características de personalidade em amostra não clínica.**

Ismael Ferreira da Costa

Aprovado em: ____/ ____/ ____.

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Melyssa Kelyanne Cavalcanti Galdino (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. Ricardo Wainer
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Prof^a. Dr^a. Carla Alexandra da S. Moita Minervino
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

“É a curiosidade - em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

- Michel Foucault

Dedico este trabalho àquela que com toda paciência, cuidado, atenção e apreço me acompanha desde os primeiros passos da vida acadêmica e profissional, e que durante essa trajetória foi um exemplo de dedicação e zelo. Dedico este trabalho a minha orientadora, **Dr^a Melyssa Kelyanne Cavalcante Galdino**. Obrigado por toda confiança e generosidade, este seu pupilo sempre lhe será grato.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Maria e Antônio**, por todo o amor, cuidado e dedicação incondicionais, em todos os momentos, mesmo naqueles mais desafiadores. Obrigado por serem fontes inesgotáveis de inspiração para que eu busque sempre ser uma pessoa melhor. Aos meus irmãos: **Israel, Iradilson, Iara e Igor**; obrigado por estarem sempre ao meu lado e me apoiarem de todas as formas, a presença de vocês em cada momento torna a caminhada mais leve e significativa. Amo vocês profundamente;

Aos amigos: **Malu, Venúzia, Ana Paula, Veruska e Amaro**. Obrigado pelo presente que é tê-los por perto, por sempre terem me encorajado e acreditado em mim incondicionalmente desde a graduação;

A minha querida amiga **Gabi**, pela amizade, companheirismo, cumplicidade, apoio e parceria. Muito obrigado também por ter me presenteado com uma segunda família: **Tio Severino e Tia Telma** que me acolhem como a um filho, e **você e Felipe**, quem me acolhem como a um irmão;

Aos amigos que ganhei através do comum gosto pelas Neurociências: **João Martins, Rayza, Juliana, Flávia, Aline e Isla**, obrigado pelo incentivo, estímulo e torcida;

Ao **Laboratório de Pesquisa em Cognição e Comportamento (LAPECC)**, pelo auxílio em todas as etapas desse trabalho;

À **Mirelly, Paula e Mitslav**, pela dedicação e comprometimento que demonstraram a este projeto desde o início, e cuja participação foi fundamental para o resultado final;

Ao professor **Guilherme Stanford** e a professora Dr^a **Ivana Fechine**, pelos ensinamentos e indispensável orientação em meus primeiros passos como aspirante a neurocientista;

À professora Dr^a **Carla Alexandra da S. Moita Minervino**, pela disponibilidade e atenção em contribuir com este trabalho desde a qualificação até o presente momento;

Ao professor Dr^o **Ricardo Wainer**, por ter aceitado o convite para avaliar esse trabalho e pela gentileza apresentada em todos os momentos desde os primeiros contatos;

À **minha turma do Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento**, que dividiu comigo as alegrias e agonias comuns ao cumprimento desta etapa acadêmica. Agradeço de forma especial ao querido amigo **Davi**, que nos últimos anos tornou-se uma companhia estimulante e sempre bem vinda, seja para as nossas longas e frutíferas conversas sobre neurociências ou simplesmente para uma prosa qualquer regada a boas risadas;

À **todos os professores do Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento (PPGNeC)** por terem possibilitado uma rica experiência de aprendizado nos últimos anos.

Sumário

Índice de Tabelas	x
Índice de Figuras	xii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xv
APRESENTAÇÃO	1
1. INTRODUÇÃO.....	3
1.1. Eventos Estressores Precoces e Transtornos Mentais	3
1.2. Eventos Estressores Precoces e Esquemas Iniciais Desadaptativos	11
1.3. Eventos Estressores Precoces e Temperamento e Caráter	22
1.4. Justificativa	28
1.5. Objetivos.....	29
1.5.1. Geral	29
1.5.2. Específicos	30
1.6. Hipóteses.....	30
2. MÉTODO	31
2.1. Delineamento	31
2.2. Participantes.....	31
2.3. Instrumentos	31
2.4. Aspectos Éticos.....	34
2.5. Procedimentos	34
2.6. Análise de dados.....	35
3. RESULTADOS	37
3.1. Características sociodemográficas	37
3.2. Caracterização da amostra de acordo com a presença de EEPs.....	38
3.2.1. Avaliação das médias de Estresse Precoce total e por subtipo entre os grupos com e sem Estresse Precoce	39
3.3. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Sintomas Psiquiátricos	40
3.3.1. Avaliação de sintomas psiquiátricos entre os grupos com e sem Estresse Precoce	41
3.4. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Esquemas Iniciais Desadaptativos	43
3.5. Caracterização da amostra de acordo com as dimensões de Temperamento e Caráter	48

3.6. Regressão Múltipla Hierárquica	51
3.6.1. Modelo de mediação EEPs, EDs e sintomas psiquiátricos.....	52
3.6.2. Modelo de mediação EEPs, EIDs e sintomas psiquiátricos	53
4. DISCUSSÃO.....	55
4.1. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Estresse Precoce.....	55
4.2. Avaliação das médias de Estresse Precoce total e por subtipo entre os grupos com e sem Estresse Precoce.....	56
4.3. Avaliação de sintomas psiquiátricos entre os grupos com e sem Estresse Precoce	58
4.4. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Esquemas Iniciais Desadaptativos	61
4.5. Esquemas Iniciais Desadaptativos e Estresse Precoces	61
4.6. Esquemas Iniciais Desadaptativos e sintomas psiquiátricos.....	65
4.7. Temperamento e Caráter e Estresse Precoce.....	67
4.8. Temperamento e Caráter e Sintomas Psiquiátricos	70
4.9. Regressão Múltipla Hierárquica e modelos de mediação	72
4.10. Limitações.....	78
5. CONCLUSÃO.....	80
6. REFERÊNCIAS.....	83
Anexo A – Artigo: Relações entre Eventos Estressores Precoces, Personalidade e sintomas psiquiátricos: um estudo exploratório em amostra não clínica.....	100
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	126
Anexo C - Questionário sociodemográfico	128
Anexo D - Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ).....	130
Anexo E - Questionário de Esquemas de Young – (YSQ – S3).....	131
Anexo F - Inventário de Temperamento e Caráter – versão revisada (ITC-R).....	135
Anexo G – Certidão de aprovação do comitê de ética em pesquisa	147
Anexo H – Ata da defesa	148

Índice de Tabelas

Tabela 1. Descrição dos Esquemas Iniciais Desadaptativos e suas principais características	15
Tabela 2. Descrição dos Fatores de Temperamento e Caráter de acordo com o Modelo Psicobiológico de Cloninger	25
Tabela 3. Subtipos de Estresse Precoce categorizados de acordo com sua severidade	32
Tabela 4. Amplitude dos escores totais referente aos fatores de Temperamento e Caráter do ITC-R	34
Tabela 5. Características sociodemográficas da amostra (n=200)	37
Tabela 6. Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com sua severidade	38
Tabela 7. Média do CTQ total e por subtipo de Estresse Precoce na amostra geral	39
Tabela 8. Distribuição da pontuação do CTQ entre os grupos Sem e Com Estresse Precoce	39
Tabela 9. Quantidade de subtipos de EEPs no grupo caracterizado Com Estresse Precoce...	40
Tabela 10. Caracterização da amostra de acordo com a presença ou ausência de sintomas psiquiátricos por transtorno mental	40
Tabela 11. Distribuição comparativa da sintomatologia psiquiátrica de acordo com a severidade total e por cada transtorno	41
Tabela 12. Distribuição dos sintomas psiquiátricos entre os grupos Com e Sem Estresse Precoce	42
Tabela 13. Correlação entre Sintomas Psiquiátricos e EEPs total e por subtipos	42
Tabela 14. Distribuição do EIDs na amostra geral	43
Tabela 15. Distribuição dos EIDs de acordo com os subgrupos Sem e Com Estresse Precoce	44
Tabela 16. Correlações entre EIDs e EEPs	45
Tabela 17. Correlação entre EIDs e subtipos de EEPs	45
Tabela 18. Distribuição dos EIDs de acordo com os subgrupos Sem e Com Sintomas Psiquiátricos	46
Tabela 19. Correlações entre EIDs e Sintomas Psiquiátricos	47
Tabela 20. Correlação entre EIDs e sintomas psiquiátricos por transtorno mais prevalentes	47
Tabela 21. Distribuição do ITC de acordo com Domínios de temperamento e caráter e seus fatores em toda a amostra	48
Tabela 22. Distribuição dos fatores de Temperamento e Caráter de acordo com os subgrupos Sem e Com Estresse Precoce	49
Tabela 23. Correlação entre fatores de Temperamento/Caráter e EEPs total e subtipos de Estresse Precoce	49
Tabela 24. Distribuição dos fatores de Temperamento e Caráter de acordo com os subgrupos Sem e Com sintomas psiquiátricos	50
Tabela 25. Correlação entre fatores de Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos ...	50
Tabela 26. Dados sumarizados da Análise de Regressão Múltipla Hierárquica para a sintomatologia psiquiátrica	51
Tabela 27. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla Hierárquica para os sintomas psiquiátricos	52

Tabela 28. Modelo de mediação entre EEPs (variável preditora), EDs (variável mediadora) e Sintomas psiquiátricos (Variável de saída ou resultado)	53
Tabela 29. Modelo de mediação entre EEPs (variável preditora), EIDs (variável mediadora) e Sintomas psiquiátricos (Variável de saída ou resultado)	54

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema ilustrativo de um modelo simples de mediação	36
Figura 3. Representação do modelo de mediação entre EEPs, EDs e Sintomas Psiquiátricos	53
Figura 4. Representação do modelo de mediação entre EEPs, EID e Sintomas Psiquiátrico	54

Lista de Abreviaturas e Siglas

AD – Alto Direcionamento

ASRI – Inventário de Auto avaliação para Adultos (*Adult Self-Report Inventory*)

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CTQ – Questionário Sobre Traumas na Infância (*Childhood Trauma Questionnaire*)

EDs – Evitação de Danos

EEPs – Eventos Estressores Precoces

EIDs – Esquemas Iniciais Desadaptativos

HPA – Hipotalâmico Hipofisário Adrenal (*Hypothalamic Pituitary Adrenal*)

ITC-R - Inventário de Temperamento e Caráter – Revisado

MS – Ministério da Saúde

SN – Sistema Nervoso

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE – Terapia do Esquema

TM – Transtornos Mentais

TP – Transtorno de Personalidade

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

WHO – Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*)

YSQ-SF3 – Questionário de Esquemas de Young – Forma Reduzida 3 (*Young Schema Questionnaire-Short Form 3*)

Resumo

As investigações dos fatores etiológicos relacionados ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos mentais recebe atenção diferenciada no campo da saúde mental. Dentre os múltiplos motivadores que exercem influência sobre o desenvolvimento de vulnerabilidades para a emergência de transtornos mentais tem-se atentado para a presença de Eventos Estressores Precoces (EEPs) como fator de impacto sobre o neurodesenvolvimento do indivíduo. Apesar do conhecimento existente sobre esta associação, tem-se percebido menor ênfase sobre a influência destes EEPs no desenvolvimento de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e características de personalidade disfuncionais em pessoas com este histórico. Dada à frequência com que os EEPs ocorrem na sociedade e compreendendo a importância deste conhecimento para a elaboração de medidas terapêuticas eficazes para este público, o objetivo deste estudo foi investigar as possíveis relações entre EEPs, sintomas psiquiátricos, EIDs e características de personalidade em uma amostra não clínica. Este estudo caracteriza-se como de natureza transversal, correlacional e quantitativa tendo como amostra 200 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 e 30 anos e alfabetizadas. A coleta de dados foi realizada com a utilização de um questionário sociodemográfico, o Inventário de Auto Avaliação para adultos (ASRI), o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ), o Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3) e o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC-R). Os resultados obtidos apontam uma maior presença de sintomas psiquiátricos total e por transtorno e EIDs no grupo composto por pessoas com histórico de EEPs, que também foi caracterizado por menor escore em auto direcionamento, fator de caráter associado a adequada maturidade emocional. Os EEPs também apresentaram associações positivas significativas com sintomas psiquiátricos, EIDs e Evitação de danos, fator de temperamento associado à instabilidade emocional e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais, também foram identificadas correlações negativas entre EEPs e os fatores de caráter Auto direcionamento e Cooperatividade. Dentre todos os EEPs, Abuso Emocional emerge como a modalidade de trauma mais fortemente associada com Evitação de danos, EIDs e sintomas psiquiátricos. A Análise de Regressão Múltipla apontou um modelo onde os EIDs, o fator de temperamento evitação de danos e os EEPs explicam 69% da variação dos sintomas psiquiátricos da amostra, dentre os preditores adotados, os EIDs foi o que mais contribuiu para este resultado, explicando 31% da presença dos sintomas psiquiátricos seguido por Evitação de danos com 25%. Através de análise de mediação, identificou-se que a maior parte do poder preditivo associado aos EEPs pode ser melhor explicada pela presença dos EIDs e em menor intensidade pela a Evitação de danos. Sugere-se que os muitos prejuízos atribuído aos EEPs ocorrem através da atuação de múltiplos fatores, neste estudo a presença de EIDs e evitação de danos elevaram de forma significativa o poder de predição de sintomas psiquiátricos associados aos EEPs. Advoga-se dessa forma que manejando-se terapêuticamente esses elementos seja possível minimizar os efeitos deletérios associados a ocorrência de EEPs.

Palavras chave: Eventos estressores precoces; sintomas psiquiátricos; esquemas iniciais desadaptativos; personalidade

Abstract

Investigations of etiological factors related to the development and maintenance of mental disorders receive special attention in the mental health field. Among the multiple motivators that influence the development of vulnerability for the emergence of mental disorders has been bombing for the presence of Early Life Stress (ELSS) as impact factor of the neurodevelopment of the individual. Despite the existing knowledge about this association, we have noticed less emphasis on the influence of these ELSSs on Early Maladaptive Schemas (EMSs) and personality traits in people with this history. Given the frequency with which ELSSs place in society and understanding the importance of this knowledge for the development of effective therapeutic measures for this audience, the aim of this study was to investigate possible relationships between ELSSs, psychiatric symptoms, EMSs and personality characteristics nonclinical sample. This study is characterized as transversal, correlational and quantitative and a sample of 200 people of both sexes, aged between 18 and 30 years old and literate. Data collection was performed with the use of a sociodemographic questionnaire, the Inventory Self-Report for adults (ASRI), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) and the Inventory of Temperament and character (ITC-R). The results obtained from the indicate a greater presence of all psychiatric symptoms and disorder and EMSs the group of people with a history of ELSSs, which was also characterized by lower scores in self-directedness, character factor associated with adequate maturity emotional. In The ELSSs also showed significant positive associations with psychiatric symptoms, EMSs and Harm avoidance, temperament factor associated with emotional instability and increased vulnerability to developing mental disorders were also identified negative correlations between ELSSs and character factors Self-directedness and Cooperativeness. The Multiple Regression Analysis showed a model where EMSs, Harm avoidance temperament factor and ELSSs explain 69% of the variation of the psychiatric symptoms of the sample, from the adopted predictors, the EMSs was the largest contributor to this result, explaining 31 % of the presence of psychiatric symptoms followed by Harm avoidance to 25%. Through mediation analysis, it was found that most of the predictive power associated with ELSSs can best be explained by the presence of EMSs and lower intensity for the Harm avoidance. It is suggested that much damage attributed to the ELSSs is mediated by the action of multiple factors, in this study the presence of EMSs and Harm avoidance increase significantly the predictive power of psychiatric symptoms associated with the ELSSs. Advocates is that way that handling is therapeutically these features possible minimize the deleterious effects of the presence of EEP.

Keywords: Early life stress; psychiatric symptoms; early maladaptive schemas; personality

APRESENTAÇÃO

Compreender os múltiplos fatores que estão associados a emergência dos transtornos mentais tem uma importância crucial sobre o desenvolvimento articulado de meios adequados para o tratamento destas condições. O presente estudo tem por objetivo contribuir com esse campo de conhecimento, especificamente por possibilitar maior compreensão sobre a maneira como a ocorrência de Eventos Estressores Precoces (EEPs) está associado com o desenvolvimento de características de personalidade disfuncionais, Esquemas Iniciais Desadaptativos e sintomas psiquiátricos.

Esta dissertação encontra-se dividida em cinco seções: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. A primeira seção refere-se a Introdução, formada pelos fundamentos teóricos que baseiam e justificam a realização desse estudo. É composta por três capítulos. O primeiro expõe a forma como os Eventos Estressores Precoces (EEPs) estão associados ao surgimento de Transtornos mentais e quais os possíveis elementos que explicam essa associação. O segundo capítulo fala sobre a associação dos EEPs sobre o estabelecimento de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs). O terceiro capítulo descreve como os EEPs podem estar associados com o desenvolvimento de características de personalidade, especificamente, Temperamento e Caráter. Logo após também são apresentadas as justificativas, objetivos e hipóteses que nortearam este estudo.

A segunda seção refere-se ao Método, onde se encontra descrito o delineamento do estudo, o tipo de amostra utilizada, os instrumentos empregados na coleta de dados, os aspectos éticos aos quais a pesquisa foi submetida e os procedimentos para coleta e análise dos dados.

A terceira seção descreve os resultados, composta por quatro principais subtítulos: primeiro a associação entre EEPs e sintomas psiquiátricos; segundo, a associação entre EEPs e EIDs, terceiro a associação entre EEPs e Temperamento e Caráter, e por último os resultados referente à Regressão Múltipla e os modelos de mediação.

A quarta seção é composta pela discussão. A mesma possui estrutura similar a apresentada pelos resultados, onde são debatidas as relações identificadas entre EEPs e sintomas psiquiátricos, EEPs e EIDs, EEPs e Temperamento e Caráter, a Regressão Múltipla e os modelos de mediação. Ao final da discussão também são apontadas algumas limitações do estudo.

A última seção refere-se a conclusão, nela são feitas algumas considerações sobre os resultados obtidos e suas possíveis implicações.

Ao fim do trabalho foi anexado (Anexo A) um artigo produzido a partir dos dados desta dissertação, conforme diretriz estabelecida pelo Programa de Pós Graduação em Neurociência e Comportamento (PPGNeC).

1. INTRODUÇÃO

1.1. Eventos Estressores Precoces e Transtornos Mentais

Os fatores relacionados à etiologia e manutenção dos transtornos mentais (TM) sempre estiveram dentre aqueles que maior atenção receberam no campo da saúde mental, mantendo-se até os dias atuais como um objeto de estudo de grande interesse (M. Lewis, 2014). Um exemplo disso é o empenho crescente e relativamente recente em se identificar a influência de elementos evolutivos e neuroanatomofuncionais relacionados ao desenvolvimento de TM (Nesse, 2005; Fernández, Andreina, Hornero, Ortiz, & López-Ibor, 2010; Peled & Geva, 2014).

Neste sentido, uma das áreas de investigação mais produtivas na atualidade tem dado diferenciada ênfase a influência que o ambiente pode exercer, durante o período da infância e adolescência, sobre o desenvolvimento do sistema nervoso (SN) e o efeito dessa interação sobre a imergência de TM. Uma vez que a infância e adolescência são marcadas por períodos sensíveis, propícios ao desenvolvimento e amadurecimento de diversas estruturas cerebrais cruciais a emergência de funções cognitivas, emocionais e sociais, estes estudos buscam compreender que impactos estes eventos ambientais nocivos podem ocasionar durante estes períodos (Tottenham, 2014).

Investigar momentos remotos do desenvolvimento tem-se mostrado muito relevante, pois, conforme alguns princípios básicos defendidos pela psicopatologia desenvolvimental, área de conhecimento que tem por finalidade investigar de que forma eventos ambientais durante o processo de desenvolvimento podem predizer o surgimento de comportamentos desadaptativos, experiências danosas nos primeiros momentos de desenvolvimento tem grande potencial de serem levados adiante para etapas posteriores da vida, estando associadas ao surgimento de TM em um processo influenciado pela natureza contínua e cumulativa que caracteriza o desenvolvimento humano (Sroufe & Rutter, 1984; Sroufe, 2009). O neurodesenvolvimento segue estes ditames, e como o SN tem por característica principal permitir adaptação ao meio, presumisse que a qualidade dos primeiros ambientes poderá influenciar sobre o tipo de adaptação que ocorrerá. Caso o ambiente tenha sido disfuncional a adaptação poderá, em um momento posterior do desenvolvimento, apresentar-se como desadaptativa (Polanczyk, 2009; Salum, Polanczyk, Miguel, & Rohde, 2010).

Com base nessa perspectiva de que as primeiras experiências ambientais podem exercer importante impacto sobre o desenvolvimento do SN e consequentemente sobre o funcionamento cognitivo e emocional, alguns estudos buscam encontrar alguma relação entre a presença de eventos traumáticos na infância e adolescência e o desenvolvimento de TM na vida adulta (Martins, Tofoli, Baes, & Juruena, 2011; Brietzke et al., 2012; C. P. Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Juruena, 2013). Estes eventos traumáticos também são denominados de Eventos Estressores Precoces (EEPs), e abrangem uma variedade de experiências prejudiciais que podem ocorrer na infância e adolescência (Bernstein et al., 2003; Kalmakis & Chandler, 2014)

A terminologia: ‘Eventos Estressores Precoces’, gira em torno do conceito de ‘estresse’, trazido ao campo da saúde por Selye (1950) que o definiu como “um conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando este é submetido ao esforço de adaptação”. O modelo desenvolvido por Selye foi denominado de Síndrome da Adaptação Geral (*General Adaptation Syndrome*) e integra uma série de reações adaptativas sistemáticas e inespecíficas desencadeadas frente a estressores diversos.

Selye (1950) considerava o estresse uma reação fisiológica normal justificada por um esforço de adaptação, objetivando um equilíbrio entre o organismo e seu ambiente através de respostas neuroendócrinas homeostáticas adequadas. Apesar disso, desde as primeiras postulações de Selye sabe-se que uma série de doenças estariam relacionadas a respostas prolongadas a estressores. Dentre uma variedade de prejuízos a saúde, uma significativa quantidade de estudos tem confirmado atualmente a relação entre respostas prolongadas ao estresse e o desenvolvimento de doenças diversas, mediadas pelo funcionamento inadequado do Eixo Hipotalâmico Hipofisário Adrenal (*Hipotalamic Pituitary Adrenal* – HPA) (Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007; Hanson et al., 2010).

Os danos associados ao estresse levaram nas últimas décadas a investigação sobre seus efeitos em períodos iniciais do desenvolvimento, estresse durante a infância e adolescência passou a ser denominado especificamente de Estresse Precoce, se referindo a experiências traumáticas ocorridas nas primeiras fases do desenvolvimento (Bernstein et al., 2003). Os principais e mais investigados subtipos de Estressores Precoces descritos na literatura (Bernstein et al., 2003; WHO, 2006) são :

Abuso físico: definido como uso de força física contra uma criança resultando ou podendo resultar em risco a sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade. Incluindo atos como bater, chutar, espancar, chacoalhar, morder, queimar, envenenar, sufocar, etc.

Abuso sexual: definido como envolvimento de uma criança em atividade sexual com adultos, adolescentes ou outras crianças que sejam responsáveis ou exerçam algum tipo de influência ou poder sobre a vítima a qual ela não tenha maturidade emocional para compreender, avaliar ou consentir o ato, ou que não esteja plenamente preparada, ou que viole as leis ou tabus de uma determinada sociedade.

Abuso emocional: definido como qualquer tipo de conduta que possa afetar o bem estar moral, espiritual ou social da criança. Incluindo atos como culpar, amedrontar, depreciar, ameaçar, ridicularizar e outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil.

Negligência física: definida como um padrão de fracasso por parte dos pais ou cuidadores de proporcionar um ambiente de desenvolvimento e bem estar adequado à criança com relação à saúde, educação, nutrição, abrigo ou condições de vida seguras.

Negligência emocional: ocorre quando os cuidadores falham em prover condições emocionais e psicológicas básicas necessárias ao desenvolvimento da criança; como amor, carinho, segurança, atenção, motivação e suporte emocional.

O estresse precoce é um problema social de grandes proporções e de amplo alcance, independente de classe socioeconômica, etnia, religião e nível educacional. Dados epidemiológicos apontam-no como presente nos mais variados países (Desenvolvidos e subdesenvolvidos) e apresenta associação similar com a presença de TM. Em estudo realizado com uma amostra de 51.945 pessoas de 21 países, com objetivo de investigar a relação entre 12 tipos de Estresse Precoce (Morte parental, abuso, negligência, etc) e 20 TMs, os resultados apontaram para uma significativa prevalência de Estresse precoce e alta interrelação entre a presença de múltiplos tipos de Estresse Precoce e TMs. Observou-se também que a ocorrência associada de mais de um tipo de estressor tem um impacto adicional sobre a possibilidade de desenvolvimento de TM (Kessler et al., 2010).

Com o objetivo de investigar relações entre EEPs e TM, diversos estudos têm sido realizados. Brietzke et al. (2012) conduziram uma revisão sistemática buscando investigar as evidências do papel de eventos estressores ocorridos na infância sobre a patofisiologia dos transtornos mentais. Os resultados obtidos apontaram que exposição a EEPs levam a um risco maior para o desenvolvimento de transtornos mentais tais como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e abuso de substâncias na vida adulta.

Com um intuito semelhante, Carr et al. (2013) revisaram a literatura sobre EEPs e sua associação com transtornos psiquiátricos em adultos, objetivando identificar a existência de um efeito independente entre subtipo de eventos estressores como desencadeadores de psicopatologia específicas em adultos. Os resultados assinalaram na quase totalidade dos

estudos selecionados que subtipos de eventos estressores precoces estão associados com diferentes transtornos psiquiátricos, por exemplo: abuso físico, abuso sexual e negligência inespecífica como mais presentes entre pessoas com transtornos de humor e transtornos ansiosos, abuso emocional em pessoas com transtornos de personalidade e esquizofrenia, e negligência física em pessoas com transtornos de personalidade. Os autores ressaltam que existem evidências significativas que apontam o efeito de EEPs como agravador e potencializador de recorrência de transtornos mentais.

Apesar de se observar com significativa clareza a relação entre a presença de EEPs e o desenvolvimento de TM, não há correspondente compreensão sobre quais os fatores mediadores entre estes fenômenos. O questionamento que se busca elucidar relaciona-se a que tipo de efeitos esses EEPs ocasiona que levam as suas vítimas a apresentarem maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de psicopatologias (Kessler et al., 2010). Entretanto, é importante afirmar que o desenvolvimento de TM é determinado por uma interação complexa de fatores, contemplando elementos genéticos e ambientais (Karg & Sen, 2012). Os modelos que buscam compreender a relação entre EEPs e o surgimento de TM levam em consideração a importante atuação de aspectos genéticos predisponentes que interagem com a ocorrência de EEPs, levando a um contexto favorável a emergência de TM em momentos posteriores da vida na presença de situações de estresse (Nugent, Tyrka, Carpenter, & Price, 2011; Raabe & Spengler, 2013).

Com objetivo de compreender o estabelecimento de maior vulnerabilidade nessas pessoas, alguns estudos investigam a relação entre EEPs, mudanças estruturais e funcionais no sistema nervoso e endócrino e a presença de psicopatologias (Grassi-Oliveira, Ashy, & Stein, 2008; Heim, Shugart, Craighead, & Nemeroff, 2010; McCrory, De Brito, & Viding, 2010; McEwen, 2012). Os resultados apresentados sugerem importantes diferenças entre estruturas cerebrais e o funcionamento do sistema neuroendócrino em pessoas com e sem históricos de traumas na infância (Lai & Huang, 2011; Reynolds, 2013; Teicher & Samson, 2016).

Em revisão realizada por Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim (2009) com objetivo de expor os efeitos do estresse sobre o cérebro, observaram que eventos estressores na vida pré-natal, infância e adolescência modificam o padrão de funcionamento do Eixo HPA, sistema responsável pela regulação dos mecanismos neuroendócrinos relacionados ao estresse. Estas mudanças levam a um aumento na liberação de glicocorticoides e mineralocorticóides pela glândula adrenal tendo como consequência um impacto sobre o desenvolvimento de

estruturas cerebrais que possuem receptores para estes hormônios e exercem papel de feedback negativo sobre o funcionamento do HPA.

Quando diante de um estressor físico ou psicológico, uma série de respostas fisiológicas envolvendo os sistemas autonômico, neuroendócrino, metabólico e imune são ativados. Um sistema chave responsável pelas respostas ao estresse amplamente estudado é o eixo HPA, que é ativado quando alguma ameaça é detectada. Quando isto ocorre o hipotálamo libera o Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH), que após ser transportado para a glândula hipófise ou pituitária, eliciará a liberação de outro hormônio, o Adrenocorticotrófico (ACTH). Este, por sua vez, estimulará o córtex da glândula adrenal a liberar Glicocorticoides (GCs), que nos humanos é o cortisol, atuando de forma difusa em diferentes estruturas cerebrais, principalmente sobre o hipotálamo, hipocampo, amígdala e córtex frontal, sendo as principais estruturas regulatórias desse sistema, o hipocampo e o córtex pré frontal medial (Lupien et al., 2009). Está é uma descrição simplificada dos efeitos relacionados ao sistema de estresse, alguns modelos incluem outras estruturas e sistemas, como o tálamo, o corpo caloso, o sistema nervoso simpático e parassimpático, o sistema límbico, as citocinas inflamatórias, os hormônios metabólicos e o sistema imunológico (Wilson, Hansen, & Li, 2011).

Apesar do eixo HPA ser um mecanismo de natureza adaptativa que objetiva manter o equilíbrio entre o organismo e seu meio, quando os níveis de cortisol permanecem elevados, geralmente devido a presença continua de algum estressor, há sérios riscos de se desenvolverem vulnerabilidade ao adoecimento físico e psicológico devido alterações no funcionamento das estruturas envolvidas na sua regulação e impacto sobre outros sistemas (Maniam, Antoniadis, & Morris, 2014; Reynolds, 2013).

Com relação às estruturas cerebrais que se apresentam modificadas em crianças e adolescentes que sofreram exposição a estresse precoce, McCrory, De Brito, & Viding (2012) e Teicher & Samson (2016) descrevem alterações tanto em estruturas subcorticais como em estruturas corticais do cérebro. Dentre estas se encontram redução no volume do hipocampo, aumento/diminuição no volume da amígdala, diminuição no volume associado a uma menor densidade de massa branca e maior densidade de massa cinzenta do córtex pré-frontal, e menor volume do corpo caloso. Os autores ressaltam que algumas alterações ocorrem em estruturas cerebrais intimamente relacionadas à regulação emocional e comportamental.

As alterações no tamanho dessas estruturas são explicadas como estando relacionadas ao excesso de cortisol devido ao estresse crônico, principalmente durante a infância e

adolescência, período em que estas estruturas se encontram em pleno desenvolvimento e são mais vulneráveis a influências ambientais (Herman, 2013; Lupien et al., 2009).

Estudo realizado por Hanson et al. (2014) aponta redução no volume do hipocampo em crianças vítimas de abuso físico, negligência e baixo status socioeconômico. Em estudo realizado por Teicher, Anderson, & Polcari (2012) com adultos vítimas de maus tratos, observou-se redução do volume do hipocampo em áreas específicas como o CA3, o giro denteado e o subiculum. O volume reduzido do hipocampo é hipotetizado como resultando de efeitos tóxicos do cortisol sobre esta estrutura durante período sensível de seu desenvolvimento na infância, levando a uma redução na expressão de receptores de glicocorticóides e expressão de dendritos localizados nessas estruturas (Wilson et al., 2011).

Outra estrutura identificada com volume alterado em vítimas de Estresse Precoce é a amígdala. Diversos estudos apontam redução ou aumento no volume da amígdala, divergência explicada como possivelmente associada a fatores metodológicos de investigação e a diferenças na idade das amostras. Apesar disso, as modificações nessa estrutura são vistas como associada a sua hipersensibilidade e hiperativação em pessoas com histórico de Estresse Precoce, mas que também pode apresentar hipoatividade em momentos inadequados em outras pessoas (Hanson et al., 2014; Herman, 2013).

O Estresse Precoce também parece impactar sobre o desenvolvimento do córtex frontal. Defende-se que a presença de Estresse Precoce na adolescência pode levar alterações no volume da substância cinzenta do córtex frontal e no tamanho reduzido do córtex cingulado anterior (Cohen et al., 2006). Resultados como este, sugerem que o córtex frontal nos humanos, que continua a se desenvolver durante a adolescência, pode ser particularmente vulnerável ao estresse durante a adolescência. Em contraste, o hipocampo, que se desenvolve principalmente nos primeiros anos de vida, pode ser menos afetado por exposição a adversidades na adolescência (Lupien et al., 2009). O córtex pré-frontal exerce a função de auxiliar na modulação do funcionamento do eixo HPA, inibindo a atividade da amígdala e do hipotálamo quando não há ameaça. A diminuição de seu volume está relacionada funcionalmente à sua hiporesponsividade em estados de estresse crônico, quando há excessiva excitabilidade da amígdala (Wilson et al., 2011).

Além das mudanças estruturais descritas, sabe-se que o cérebro é interconectado por redes que podem se encontrar igualmente alteradas em pessoas com histórico de Estresse Precoce. Teicher, Anderson, Ohashi, & Polcari (2014), investigaram 265 pessoas (divididos em dois grupos, com e sem histórico de maus tratos) com a utilização de ressonância magnética. Os resultados apontam diferenças marcantes na conectividade de regiões cerebrais

como córtex cingulado anterior, precuneus, lobo temporal e a insula. As redes identificadas com conectividade diminuída estão associadas a regulação emocional, habilidade e acuracidade em atribuir pensamentos e intenções aos outros. As redes com conectividade aumentada estão relacionadas a percepção emocional interna, pensamento auto referencial e auto consciência.

Apesar de ainda inconclusivos e restritos a modelos animais, estudos apontam possíveis alterações eletrofisiológicas importantes relacionadas ao efeito de estresse precoce. Ali, Salzberg, French, & Jones (2011), identificam prejuízo em um tipo de plasticidade sináptica importante para processos de aprendizagem e memória produzida por potenciação de longa duração (*Long-term potentiation, LTM*) em sub-regiões do hipocampo, atribuída parcialmente a diminuição na expressão do receptor N-metil D-aspartato (NMDA).

Alterações importantes também são observadas em alguns sistemas de neurotransmissão relacionadas a presença de estresse precoce em modelos animais. Ventriglio, Gentile, Baldessarini, & Bellomo (2015) apontam modificações nos sistema gabaérgico, dopaminérgico e serotoninérgico. No sistema gabaérgico, descrito como importante regulador inibitório do núcleo paraventricular do hipotálamo, responsável pela ativação do eixo HPA através de liberação do hormônio liberador de corticotrofina, observa-se diminuição na expressão de receptores GABA-A e diminuição na densidade de interneurônios gabaérgicos. No sistema dopaminérgico, observa-se efeito difuso do estresse precoce sobre a sua atividade, mas ainda pouco compreendida. Porém, sabe-se que estresse precoce parece alterar o estado funcional normal de sistemas dopaminérgicos mesocortical, mesolímbico e nigroestriatal. Com relação ao sistema serotoninérgico, sugere-se que estresse precoce pode desregular o eixo HPA aumentando a produção de glicocorticóides e alterando a síntese do receptor 5HT-1A, diminuindo a atividade deste sistema de neurotransmissão.

Sobre as possíveis consequências dessas diversas estruturas do cérebro, McCrory et al. (2012), ressaltam que as diferenças neurobiológicas presentes em vítimas de algum tipo de abuso podem representar simplesmente uma adaptação ao ambiente e as características nocivas destes durante a infância ou adolescência. Estas mudanças estruturais, aparentemente disfuncionais, se desenvolveriam como respostas adaptativas a um ambiente ameaçador.

Herman (2013) propõe dois processos que poderiam explicar esta adaptação inadequada em resposta à exposição contínua e imprevisível a eventos estressores. Um mecanismo seria a habituação, caracterizado por redução das respostas do eixo HPA após repetida exposição a estresse homotípico provavelmente ocasionado pela secreção prolongada a glicocorticóides. O outro mecanismo é chamado de sensibilização, descrito

como uma sensibilidade demasiada do eixo HPA a novos estímulos, ocasionada por estresse crônico. A presença de estresse extremo, imprevisível ou contínuo podem levar a desregulação permanente no eixo HPA, provavelmente devido a alterações no controle límbico exercido sobre vias efetoras do estresse.

Lupien et al. (2009) reiteram que o estresse pode levar a modificações permanentes no curso do desenvolvimento cerebral. Estresse em períodos-chaves de organização sináptica, conhecidos como períodos sensíveis, pode modificar a trajetória dessas conexões de maneira relativamente permanente, alterações presentes não só no período da adversidade, mas também posteriormente, quando a organização sináptica tiver sido concluída. Assim, uma alteração que pode apresentar-se adaptativa em resposta a uma exigência ambiental específica em um dado momento, pode ter efeitos negativos em longo prazo.

Apesar desses potenciais efeitos prejudiciais, suporte familiar e social e um ambiente seguro para crianças que sofreram abusos podem induzir a uma similar reorganização neuronal reprogramando fatores de expressão genética podendo levar ao desenvolvimento de resiliência em momentos posteriores na vida. Ou seja, intervenção e o desenvolvimento de um ambiente adequado que supra as necessidades da criança ainda nesse período podem levar não só a prevenção dos efeitos deletérios do abuso e estresse crônico na infância, também podem prevenir os efeitos do estresse crônico no cérebro na vida adulta ou velhice (Lupien et al., 2009).

Como visto, apesar da complexa interação de fatores que contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais, alguns avanços, sobretudo no campo das neurociências e seus métodos de investigação, têm levado a um gradativo esclarecimento acerca do impacto de EEPs sobre os sistemas nervoso e neuroendócrino e sua relação com o desenvolvimento de transtornos mentais. Impulsionado por esses novos conhecimentos, busca-se de forma similar produzir um corpo de conhecimento igualmente consistente no que diz respeito a relação entre EEPs e outros aspectos do funcionamento humano, a exemplo dos relacionados aos processos cognitivos que também podem se apresentar de forma alterada em pessoas com histórico de trauma na infância, podendo funcionar como fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento de TM.

1.2. Eventos Estressores Precoces e Esquemas Iniciais Desadaptativos

Os modelos explicativos oriundos da psicologia cognitiva podem contribuir de forma significativa para a compreensão do possível efeito de estresse precoce sobre o estabelecimento de mais um fator de vulnerabilidade, este de ordem cognitiva, ao desenvolvimento de TM. Alguns modelos cognitivos defendem a existência de etapas na forma como organizamos o conhecimento sobre o mundo, desde o momento em que a informação presente no ambiente é captada pelo indivíduo até o momento em que uma resposta é elaborada.

Para Sternberg (2008), entre a captação dos estímulos e a elaboração da resposta, a informação é organizada através de estruturas cognitivas mediadoras. Defende-se que, uma vez estabelecidas, estas estruturas influenciarão de forma determinante na seleção, organização e representação das informações presentes no ambiente a partir de então. Este processo dinâmico leva a construção de todo conhecimento que as pessoas armazenam sobre si e sobre o mundo através de representações mentais, armazenadas em sistemas de memória de longo prazo.

Os modelos cognitivos articulam o modo como os processos mentais (Percepção, Atenção, Memória) estão envolvidos no processamento de informação, que é o elemento chave que leva o indivíduo a constituir sua realidade e a sua experiência fenomenológica do mundo. Influenciado por estes modelos teóricos de processamento de informação e memória, o psiquiatra e psicoterapeuta Aaron Beck desenvolveu um modelo cognitivo de personalidade e psicopatologia para aplicabilidade clínica no qual defende a existência de estruturas, mecanismos e processos envolvidos no processamento de informação como elementos fundamentais para se compreender o funcionamento adaptativo ou desadaptativo das pessoas (Beck & Alford, 2000).

Beck (1963, 1964) propõe um modelo de funcionamento cognitivo a partir de observações sistematizadas e ensaios clínicos de pessoas com depressão identificando a cognição como elemento central e um dos motivadores principais de um padrão interpretativo distorcido da realidade, comum em pessoas nestas condições. Beck & Alford (2000, p.23) descrevem a cognição como “a função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a recorrência e o controle de eventos futuros (...) o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança”.

Basicamente, todos os modelos cognitivos em Terapia Cognitiva partem de um pressuposto similar, de que existem estruturas cognitivas que orientam o processamento de informação das pessoas em geral. Os esquemas são os elementos cognitivos principais que compõem a base deste modelo, são descritos inicialmente como estruturas cognitivas compostas por memórias que orientam o processamento de informação e envolvem diversos processos mentais (Beck & Dozois, 2011). Importante ressaltar que desde as suas primeiras postulações o modelo cognitivo proposto por Beck compreende que o processamento de informação é uma função indispensável a adaptação do indivíduo ao seu meio. A presença de esquemas e sua função organizadora e interpretativa têm como objetivo principal orientar comportamentos congruentes a interpretação realizada. No contexto terapêutico os esquemas mais relevantes são aqueles associados a representação que a pessoas constrói sobre ela mesma e sobre os outros (Beck & Alford, 2000).

Os esquemas são constructos abstratos, descritos como estruturas cognitivas que orientam o processamento de informação e que possuem como conteúdo informações obtidas a partir de experiências ambientais diversas durante o desenvolvimento do indivíduo, sendo formados crucialmente por memórias adquiridas principalmente em períodos precoces de desenvolvimento, quando há premente necessidade do indivíduo em estruturar o mundo ao seu redor, interpretá-lo corretamente e respondê-lo de forma igualmente apropriada. Uma vez constituídos, os esquemas processam informação de situações cotidianas atribuindo-lhes significado, que dependendo do conteúdo do esquema, podem mobilizar outros sistemas, como o motivacional, afetivo e fisiológico (Beck & Haigh, 2014).

Modelos cognitivos que buscam compreender os elementos envolvidos no desenvolvimento de psicopatologias defendem que o processamento de informação se apresenta disfuncional em pessoas com algum transtorno mental em comparação com pessoas saudáveis. Esta diferenciação tem sido mais investigada e identificada principalmente em transtornos ansiosos e na depressão, nos processos atencionais, mnemônicos e interpretativos (Mathews & MacLeod, 2005). Levando em consideração a participação dos esquemas como elemento central para este tipo de processamento de informação, em pessoas com algum tipo de transtorno mental sugere-se que estes esquemas funcionem de forma desadaptativa, levando a um tipo de processamento de informação enviesado, tendo como consequência uma representação de si, dos outros e do mundo distorcida orientada pelo esquema (Lim & Kim, 2005).

Defende-se que o desenvolvimento destes esquemas disfuncionais ocorre principalmente a partir de experiências durante períodos precoces da vida das pessoas,

sobretudo na infância, e vão se tornando cada vez mais consolidados conforme novas experiências sejam assimiladas ao seu conteúdo previamente estabelecido (Knapp & Beck, 2008). Caso as experiências prévias sejam nocivas, há potencial para que o esquema estabelecido constitua-se de forma disfuncional desde o seu princípio e mantenha-se assim, por seguir uma tendência natural do processamento de informação que é buscar assimilar informações que lhe sejam congruentes (Beck & Dozois, 2011). Estas percepções enviesadas seriam armazenadas na memória, levando a formação dos esquemas que incorporariam a partir de então conteúdos selecionados sob influência do esquema disfuncional. Uma vez formados, estes esquemas seriam reforçados pela ativação que sofreriam quando expostos a um evento adverso ou repetidas experiências de estresse (Beck & Haigh, 2014).

Apesar da reconhecida importância do fator ambiental como influente sobre o desenvolvimento destes esquemas disfuncionais, o modelo cognitivo proposto por Beck é essencialmente um modelo de diátese-estresse e preconiza que a disfuncionalidade observada em pessoas com transtornos mentais é produto da interação entre fatores predisponentes e eventos ambientais negativos (Beck & Dozois, 2011). Propõe-se que o desenvolvimento de esquemas desadaptativos e o processamento de informação enviesado que ele produziria também podem receber influências genéticas (Gibb, Beevers, & McGeary, 2013), que contribuiriam para a existência de uma hiperatividade fisiológica a estímulos específicos, conduzindo a vieses na atenção, memória e interpretação que em conjunto influenciariam na formação e perpetuação dos esquemas disfuncionais (Beck & Haigh, 2014).

A distorção da informação em pessoas com transtornos mentais, como resultado do processamento de informação enviesado, pode ser influenciado pela presença de EEPs nos primeiros períodos de desenvolvimento. Propõe-se desta forma que estes eventos exercem importante impacto sobre a formação de esquemas desadaptativos e consequentemente sobre o processamento de informação distorcida em pessoas com transtornos mentais com este histórico. Uma vez observada a relação em diversos estudos entre EEPs e transtornos mentais (Martins et al., 2011; Brietzke et al., 2012; C. P. Carr et al., 2013), é possível presumir a relação correspondente entre a presença destes EEPs e esquemas disfuncionais.

Young et al. (2008) desenvolveram um modelo cognitivo psicoterápico denominado Terapia do Esquema (TE), que se fundamentou na hipótese de que, os eventos traumáticos ocorridos na infância exercem papel decisivo no desenvolvimento de estruturas cognitivas disfuncionais, denominadas de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs).

Os autores propõem que estes EIDs podem ser estabelecidos em momentos traumáticos de significativo teor emocional experienciados durante a infância. Estas

experiências são armazenadas em um sistema de memória de longo prazo e gradativamente adquirem um formato de esquema composto por diversas informações, que posteriormente são ativadas de forma automática em situações com fragmentos do evento que originou o EID, levando a uma possível reexperimentação de parte das reações emocionais vividas quando o esquema foi formado inicialmente. Estas experiências levam estas pessoas, muitas vezes, a experimentarem significativo sofrimento e processarem informação de forma distorcida, mediada pela ativação do EIDs (Young et al., 2008).

A princípio, Young et al. (2008) desenvolveram a TE como alternativa terapêutica no manejo de pacientes clínicos considerados difíceis, com altas taxas de recidiva ou que não respondiam adequadamente a Terapia Cognitivo Comportamental tradicional. Muitos desses pacientes apresentavam problemas crônicos, inespecífico e dificuldades persistentes nos relacionamentos interpessoais. Os padrões autodestrutivos observados nestes eram tão arraigados, rígidos e inflexíveis que pareciam profundamente integrados as suas personalidades, por esses motivos os pacientes também eram caracterizados como egossintônicos ou caracterológicos.

Young et al. (2008, p. 22) levantaram a hipótese de que essas características tão distintas nesta população se devia a presença destes EIDs, definidos como “padrões cognitivos amplos e difusos, compostos por memórias, emoções e sensações corporais, adquiridos em períodos remotos do desenvolvimento, elaborados ao longo da vida e disfuncionais em nível significativo”. Apesar de não atribuir a formação desses esquemas unicamente a experiência de vida nocivas na infância ou adolescência, Young et al. (2008) reiteram que esquemas formados mais precocemente e relacionados a eventos traumáticos tendem a ser incondicionais, mais invasivos, de maior impacto sobre o processamento de informação, e, conseqüentemente, mais prejudiciais. Quanto mais difuso, mais pernicioso o esquema e maior a quantidade de situações processadas como ameaçadoras.

Além da relação EIDs e eventos traumático, o surgimento dos esquemas baseie-se fundamentalmente na não satisfação de necessidades emocionais fundamentais na infância, citam-se 5 principais: vínculo seguro (segurança, estabilidade, cuidado e aceitação), autonomia e desempenho, auto orientação e auto expressão, espontaneidade e lazer e limites realistas. Considera-se que a satisfação dessas necessidades contribuem de forma importante para o ajustamento e o desenvolvimento emocional saudável do indivíduo (Young et al., 2008).

Dada a íntima relação entre o surgimento dos EIDs e a não satisfação de necessidades emocionais descritas como fundamentais, Young et al. (2008) subdividiu os

EIDs entre 5 domínios relacionados as necessidades não satisfeitas descritas anteriormente. Até então foram identificados 18 EIDs e relacionados à maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de TM. Uma descrição resumida dos 5 domínios e suas características principais e dos 18 EIDs que os compõem pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos Esquemas Iniciais Desadaptativos e suas principais características

Domínios	EIDs	
1. Desconexão e rejeição	Abandono e instabilidade	A crença de que o desejo de apoio emocional não será cumprido pelos outros.
	Desconfiança/ abuso	A crença de que os outros não são confiáveis e eventualmente os abandonarão.
	Privação emocional	A crença de que os outros serão abusivos e intencionalmente o machucarão e se aproveitarão.
	Defectividade/vergonha	A crença de que é desconectado do resto do mundo e não faz parte de qualquer grupo ou comunidade.
	Isolamento social/alienação	A crença de que é fundamentalmente defeituoso, não digno de amor e inferior aos outros.
2. Autonomia e desempenhos prejudicados	Dependência/Incompetência	A crença de que é dependente dos outros para realizar atividades diárias.
	Vulnerabilidade ao dano	A crença de que uma catástrofe ocorrerá a qualquer momento e não haverá como impedi-la.
	Self subdesenvolvido	Percepção de ser sufocado ou fundido com outros, ou a falta de um senso claro de identidade e orientação.
	Fracasso	A crença de que é um fracassado de que sempre falhou e inevitavelmente falhará no futuro.
3. Limites prejudicados	Arrogo/grandiosidade	A crença de que é superior aos outros e deve ser tratado com direitos e privilégios especiais.
	Autocontrole/ autodisciplina insuficientes	A percepção de que é incapaz de conter ou controlar a si mesmo bem como tolerar desconforto a fim de atingir objetivos.
4. Direcionamento para o outro	Subjugação	A crença de que suas emoções ou opiniões não são importantes e deve cumprir os desejos dos outros para evitar raiva ou rejeição.
	Auto-sacrifício	A crença de que é preciso satisfazer as necessidades dos outros todo o tempo, mesmo que seja a custa de sua própria gratificação.
	Busca de aprovação/ busca de reconhecimento	Ênfase excessiva em ganhar atenção e aprovação dos outros geralmente a custa de um senso de self seguro e genuíno.
	Negativismo/pessimismo	Foco constante em aspectos negativos da vida (por exemplo, dor, perda, fracasso, conflitos, erros) e a crença de que tudo vai dar errado.
5. Supervigilância e inibição	Inibição emocional	Foco excessivo na inibição da expressão emocional, a fim de evitar a desaprovação por outros, bem como vergonha.
	Padrões inflexíveis/ Crítica exagerada	Crença de que é preciso atender altos padrões internalizados de desempenho e comportamento para evitar críticas dos outros.
	Postura punitiva	A crença de que as pessoas devem ser punidas pelos seus erros. Implica também a dificuldade em perdoar os outros e a si mesmo por erros cometidos.

(Traduzida e Adaptada de Nilsson., 2012)

Memória é um componente elementar para o desenvolvimento do conceito de EIDs, e é um dos principais alvos de mudança em modelos psicoterapêuticos atuais, baseados em diversos estudos que apontam eficácia e sucesso terapêutico como estando associada a possíveis alterações em sistemas de memória importantes sobre a regulação emocional (Nader, Hardt, & Lanius, 2013). A compreensão de ‘esquema’ proposta por Young et al. (2008) fundamenta-se neste processo cognitivo, objetivando esclarecer como eventos traumáticos estabelecidos precocemente podem impactar sobre seu desenvolvimento.

Bem antes de ser utilizado por Young et al. (2008), o conceito de esquema foi elaborado por Barlet (1932) como uma das alternativas explicativas para compreensão de como estruturas de informações maiores e mais complexas são organizadas na memória semântica, um dos sistemas de memória de longo prazo. Segundo Barlet (1932), esquema refere-se a uma organização ativa de informações obtidas através de experiências passadas, operando de forma a influenciar qualquer resposta orgânica posterior bem adaptada do indivíduo, proporcionando ordem e regularidade a comportamentos específicos. Uma resposta particular adequada só é possível porque ela está relacionada com outras respostas semelhantes que foram previamente e serialmente organizadas e operam de forma unitária.

Para Barlet (1932), os esquemas seriam estruturas internas ou representações do conhecimento de longa duração sobre o mundo, eventos, pessoas ou ações, bastante influentes sobre a codificação de novas informações e evocação de conhecimento previamente armazenado. Os erros sistemáticos e distorções cometidas pelos participantes de seus experimentos ocorriam devido a influência de conhecimento previamente adquirido e organizado de forma esquemática, levando a falhas na maneira como as informações eram organizadas e posteriormente evocadas.

Apesar de ter recebido inúmeras críticas, estudos realizados posteriormente encontraram sustentação para a maioria das concepções propostas por Barlet (1932) sobre esquemas e suas características (Sulin & James, 1974; Brewer & Treyens, 1981; Wiley, 2005). O conceito de esquema de Young et al. (2008) compartilha alguns dos mesmos princípios propostos por Barlet (1932), principalmente quando se refere a um tipo de conhecimento adquirido previamente a partir de experiências passadas e influente sobre a codificação e evocação de informação nova, e aos possíveis erros e distorções que podem estar associados a este tipo de processamento esquemático.

Quando se declara que os esquemas são formados tendo por base experiências previas, afirma-se indiretamente que os esquemas ou as memórias semânticas de forma geral são constituídas a partir de eventos específicos ocorridos no passado, ou seja, a partir de

memórias episódicas, definida como um “sistema de memória que nos permite lembrar de experiências passadas, possibilitando uma viagem mental através do tempo subjetivo, do presente ao passado, com relativa precisão quanto aos elementos descritivos, espaciais e temporais sobre um determinado evento” (Tulving, 2002).

Estudos descritos por Martin A. Conway, Cohen, & Stanhope (1991, 1992) apontam que as taxas de evocação de memórias episódicas declinam ao longo do tempo, entretanto algumas de suas informações não são realmente esquecidas, mas parecem assumir o formato de memórias semânticas. Os autores sugerem que o grau em que um domínio de conhecimento presta-se a assumir uma representação semântica esquemática pode ser um fator importante para retenção das informações em sistemas de memória de longo prazo.

Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch (2002) investigaram de forma comparativa as taxas de recordação em 5 períodos da vida de 15 jovens adultos (19 a 34 anos) e 15 idosos (66 a 89 anos). Os resultados obtidos apontaram que o grupo formado pelos adultos jovens apresentou maior tendência a lembrar de detalhes episódicos recordando acontecimentos, locais, percepções e pensamentos específicos associados às lembranças, o grupo formado pelos idosos favoreceu a recordação de detalhes semânticos não conectados a um tempo ou lugar particular, padrão persistente mesmo quando se buscou obter de forma explícita estes detalhes contextuais. Apesar do aceso a memórias episódicas declinar com a idade devido a prejuízos no processo de recuperação dessas informações, os autores também ressaltam para a possibilidade de que memórias episódicas gradativamente assumam características semânticas.

Em estudo realizado por Renoult et al. (2015), buscou-se identificar fundamento eletrofisiológico para a asserção de que memórias semânticas emergem de memórias episódicas, examinando os potenciais evocados relacionados a eventos correlatos de conceitos autobiográficos significantes, ou seja, conceitos semânticos que são associados a memórias episódicas vívidas. Os resultados obtidos sugerem que conceitos semânticos com alto teor em significância autobiográfica possui um componente episódico e estão associados com processos cerebrais similares aos engajados por memórias episódicas.

Dentre as memórias mais influentes para a constituição dos esquemas propostos por Young (2008), acredita-se que as relacionadas a eventos autobiográficos sejam das mais relevantes. M. A. Conway & Pleydell-Pearce (2000) e M. A. Conway (2005), definem memória autobiográfica como um sistema que armazena de forma transitória e dinâmica conhecimentos relacionados ao *self*. Este sistema seria composto por dois principais componentes: o *working self* e a *autobiographical memory knowledge base*. A

autobiographical memory knowledge base pode ser compreendida como o conjunto de eventos relacionados a nós mesmos e nossas experiências passadas que constituem a base do conhecimento autobiográfico, o *Working self* é descrito funcionalmente de forma análoga a memória de trabalho proposta por Baddeley (2000), porém atuaria restritamente sobre a memória autobiográfica, exercendo controle executivo, organizando e manipulando este conhecimento prévio de forma interrelacional com informações sobre o *self*, tendo em vista os objetivos do indivíduo e a sua adaptação coerente sobre o mundo.

O conhecimento autobiográfico é uma estrutura amplamente hierárquica, abrangendo desde informações organizadas de forma abstrata relacionadas a temas gerais da história da pessoa em um extremo até uma base formada por memórias episódicas. Os componentes detalhados desse conhecimento são descritos como temas gerais (sobre relacionamentos, trabalho, etc) que seriam divididos em outros subcomponentes, chamados períodos de vida (período da faculdade, período vivido na cidade X, etc), compostos por eventos gerais (o amigo X, o departamento Y, etc) formados pelos últimos componentes, as memórias episódicas (Conway, 2005).

Prebble, Addis, & Tippett (2013) fundamentados em ampla revisão em modelos teóricos e resultados de pesquisas, estabelecem uma síntese teórica sobre a relação entre memórias autobiográficas e constituição do *self*. Afirmam que, embora algum conhecimento sobre o *self* possa ser independente de memórias episódicas, as memórias episódicas e as memórias autobiográficas com características semânticas exercem um papel decisivo em estabilizar e manter um conceito do *self* coerente e estável.

Com base nesta descrição, propõe-se que os EIDs tem como um de seus componentes mais importantes e influentes para seu desenvolvimento, memórias episódicas autobiográficas de EEPs. Partindo do pressuposto que os esquemas têm como base as memórias episódicas, é possível supor que se originam predominantemente de memórias autobiográficas episódicas que, conforme defendem Martin A. Conway, Cohen, & Stanhope (1991, 1992), gradativamente vão adquirindo características semânticas, nesse caso, de natureza esquemática, uma vez que o conhecimento autobiográfico abrange uma gama de informações muito ampla.

Howe & Courage (1997) pressupõem ser possível que as memórias autobiográficas possam começar a ser organizadas desde muito cedo em crianças, por volta dos 24 meses de vida, quando o *self* cognitivo encontra-se desenvolvido. Neste sentido, eventos ocorridos muito precocemente já podem ser codificados e armazenados e servirem de base para a construção do conhecimento autobiográfico, mesmo que estes eventos não sejam evocados

com precisão na vida adulta. Além disso, Fivush & Nelson (2004) reiteram que a aquisição e desenvolvimento da linguagem exercem grande influência sobre a estruturação dos eventos ocorridos na infância facilitando o seu resgate posterior. Afirmam ainda que experiências que antecedem o desenvolvimento da linguagem serão difíceis de serem expressas posteriormente em virtude desta limitação.

Conway & Pleydell-Pearce (2000), através de um estudo multicultural em amostras de adulto com idades entre 38 e 60 anos solicitados a lembrarem de eventos de suas vidas desde os mais remotos até os ocorridos no último ano, identificaram que as primeiras memórias autobiográficas lembradas eram descritas como tendo ocorrido por volta dos 5 anos de idade. Defendem que esse resultado pode estar relacionado a um maior desenvolvimento de áreas cerebrais relacionadas a estruturação e armazenamento de memórias autobiográficas. Citam por exemplo o lobo frontal, particularmente o córtex pré-frontal dorsolateral e ventromedial.

Outro sistema de memória de longo prazo também é descrito como importante na constituição dos EIDs. Young et al. (2008) levantam a hipótese de que o surgimento e a perpetuação dos EIDs estão associados a um componente emocional importante, presente nos momentos de formação dos EIDs. Sugere que os estudos de LeDoux (2009), podem auxiliar nesta compreensão ao se traçar um paralelo entre a forma de aquisição, ativação e perpetuação dos esquemas como semelhante ao processo de aprendizagem traumática por condicionamento. Descreve a aprendizagem do medo como mediada por dois sistemas, um mediado pela amígdala e responsável por armazenar as memórias emocionais implícitas, e o outro mediado pelo hipocampo e córtices superiores responsáveis pela codificação e armazenamento de memórias explícitas relacionadas ao evento especificamente e o contexto no qual ele ocorreu. Ambos os sistemas podendo gerar as mesmas respostas emocionais. Os dois sistemas possuem muitas características distintas, podendo inclusive funcionar de forma parcialmente independente um do outro.

Em estudo clássico voltado a identificação do papel diferenciado da amígdala e hipocampo sobre a aquisição das respostas condicionadas de medo, Phillips & LeDoux (1992) afirmaram que a amígdala pode ser ativada por duas vias de projeção, uma oriunda diretamente do tálamo (Tálamo-amígdala) e outra originária do hipocampo (Tálamo-córtex-hipocampo-amígdala). Segundo LeDoux (2009), dentre uma série de características diferenciadoras do sistema amigdaliano em comparação com o sistema hipocampal e córtices superiores, o sistema amigdaliano é ativado de forma mais rápida e automática, armazena

memórias emocionais provavelmente resistentes a extinção, não realiza descrições minuciosas e é mais primitivo em termos evolutivos.

Apesar de não existirem estudos experimentais que comprovem a localização dos esquemas no cérebro ou a sua ativação como causadora das reações emocionais presentes em alguns transtornos mentais, diversos estudos tem observado a presença destes esquemas em pessoas com transtornos mentais, principalmente os transtornos crônicos e de personalidade, marcados por significativa reatividade emocional (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012). Esta reatividade emocional exacerbada por veze é descrita como emergindo em resposta a situações específicas, frequentemente não identificadas explicitamente pela pessoa, mas possivelmente associadas à ativação de EIDs associados a eventos traumáticos do passado (Young et al., 2008).

Levando em consideração o impacto dos EEPs na organização estrutural e funcionalidade do cérebro e de sua associação com a presença de Transtornos mentais, tornasse relevante conhecer de forma pormenorizada a relação entre EEPs e a formação de EIDs. Neste caso, os EIDs surgiriam sob a influência de EEPs e exerceriam um efeito mediador entre o EEPs e o surgimento de TM.

Além dos EEPs, outro fator descrito como influente sobre o desenvolvimento de EIDs seria o temperamento. Segundo Young et al. (2008) o temperamento emocional refere-se a características de personalidade presentes desde a infância e que permanecem relativamente estáveis com o passar do tempo até a vida adulta da pessoa.

Assim, a formação dos esquemas seria influenciada principalmente pela interação entre o temperamento emocional e eventos estressores na infância, com o temperamento funcionando como fator de vulnerabilidade ou proteção muito importante (Svrakic et al., 2002; Perna, Vanni, Di Chiaro, Cavedini, & Caldirola, 2014). Desta forma, compreende-se que diferentes temperamentos tornam as crianças distintamente susceptíveis a diferentes circunstâncias de vida, formas de representá-la e de reagir a elas. Todavia, ressalte-se que existe a possibilidade de que um ambiente remoto extremamente favorável ou adverso se sobreponha ao temperamento emocional e, da mesma forma, há possibilidade de que um temperamento extremamente emocional igualmente se sobreponha a um ambiente comum sem justificativa aparente levando ao surgimento de EIDs (Young et al., 2008).

Neste sentido, alguns autores também sugerem que certas características de personalidade atuam como importantes diáteses para o desenvolvimento de transtornos mentais (Cuijpers et al., 2010; Fassino, Amianto, Sobrero, & Abbate Daga, 2013). Levando

em consideração esta compreensão, questiona-se também sobre a possível associação entre EEPs e o desenvolvimento desadaptativo da personalidade.

1.3.Eventos Estressores Precoces e Temperamento e Caráter

O campo de estudos da personalidade tem sido tradicionalmente marcado por significativa indefinição quanto aos elementos que suportam sua conceitualização e aos fatores que influenciam sua construção. Essa falta de uniformidade acaba por levar ao desenvolvimento de modelos explicativos diferenciados baseados nas respectivas teorias de seus autores, que dentre os principais geraram os modelos psicodinâmico, de traço, de aprendizado, humanístico, cognitivo, e o biológico de personalidade (S. Cloninger, 2009).

Apesar dessa ampla indefinição teórica e falta de conformidade, atualmente ainda se faz recorrente menção a uma definição clássica proposta por Gordon Allport (1937, p.48 citado por S. Cloninger, 2009) que conceitua personalidade como “a organização dinâmica dos sistemas psicofisiológicos do indivíduo que determinam sua adaptação única para o ambiente”. Essa definição recebe destaque por ressaltar uma compreensão que já agrega aspectos psíquicos e fisiológicos como influentes sobre a estruturação da personalidade objetivando a adaptação do indivíduo ao seu meio.

Outra definição que resgata a função adaptativa da personalidade mais recentemente proposta por McAdams & Pals (2006, p. 212) conceitua a personalidade como “a variação única de um indivíduo de um design evolucionário geral da natureza humana, expressa a partir do desenvolvimento de padrões de traços disposicionais, adaptações características diferencialmente e complexamente situados em um contexto cultural e social”. Nota-se novamente que a personalidade também é descrita como o resultado da relação do indivíduo com o seu ambiente, uma derivação exclusiva a partir de um design geral formada a partir de um processo adaptativo a um contexto específico.

Dentre os diversos aspectos diferenciadores entre cada modelo de personalidade existente, um que tem suscitado interesse e questionamentos até os dias atuais está relacionado ao dilema *nature-nurture*, o debate fecundo sobre o que é inato e o que é adquirido na personalidade humana. Neste sentido, alguns modelos defendem que o desenvolvimento das características de personalidade pode ser influenciado pelo ambiente do indivíduo, sobretudo o infantil (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000; Josefsson, Jokela, Cloninger, et al., 2013). Afirmativa coerente com as definições propostas por Allport (1937 citado por Cloninger, 2009) e McAdams & Pals (2006) que estabelecem uma clara relação entre ambiente e o desenvolvimento da personalidade.

Uma teoria de personalidade que abrange tanto aspectos hereditários quanto os desenvolvidos com base nas experiências ambientais do indivíduo é o Modelo Psicobiológico da Personalidade de Cloninger (C. R. Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993; C. R. Cloninger, Svrakic, & Svrakic, 1997). Nele postula-se que a personalidade é composta por temperamento e caráter, dois domínios inter-relacionados que, hipotetiza-se, interagem de forma dinâmica e continua regulando o desenvolvimento das funções psicológicas das pessoas levando ao estabelecimento de sua personalidade (Josefsson, Jokela, Cloninger, et al., 2013).

O temperamento compõe o domínio hereditário da personalidade, caracterizado pelos traços que se manifestam desde o início da vida de forma independente do meio externo. Reflete as respostas automáticas do indivíduo a estímulos emocionalmente relevantes, incluindo respostas emocionais básicas como medo, raiva, apego, e tenacidade. O caráter envolve as diferenças individuais dos processos cognitivos superiores subjacente aos objetivos e valores desenvolvidos pela pessoa durante sua vida. Diferente do temperamento, o caráter é mais flexível a mudança com a idade e maturação sendo influenciado por fatores como os já existentes traços de temperamento, pressões socioculturais e as experiências de vida únicas do indivíduo. O caráter serve para adaptar o temperamento prévio do indivíduo ao seu ambiente, por modular os possíveis excessos relacionados às suas respostas emocionais automáticas, reduzindo assim a expressão mal adaptativa destes traços ao contexto do indivíduo (Cloninger et al., 1997; Svrakic et al., 2002).

O Modelo Psicobiológico desenvolvido por Cloninger et al. (1993) tinha por objetivo identificar e dimensionar traços de personalidade que caracterizassem pessoas com bom ajuste emocional e pessoas com baixos níveis de bem estar psíquico de acordo com os traços de personalidade destes. Para isso, inicialmente foi proposto um modelo teórico composto por três fatores de temperamento: evitação de danos, busca de novidade e dependência de recompensa. Posteriormente o modelo foi ampliando com acréscimo de uma quarta dimensão de temperamento, a persistência (Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath, & Eaves, 1996).

Sugere-se que cada fator de temperamento emerge sequencialmente durante a história filogenética das espécies, culminando com a emergência da persistência, que é atribuída exclusivamente aos seres humanos. A evitação de danos, descrita como uma tendência natural a se responder intensamente frente a estímulos aversivos seria comum a todos os animais; a busca de novidades, relacionada à excitação comportamental frente a estímulos novos ou sinais potenciais de recompensa, surgiria com os invertebrados; a dependência de recompensa, definida como uma tendência a se responder de forma intensa a sinais de

recompensa, ou manter comportamentos previamente associados com recompensa, surgiria com os mamíferos; e a persistência, que se refere à tendência de se manter um determinado comportamento sem apresentação de reforço imediato, surgiria com os humanos (Cloninger, 1988; Cloninger et al., 1993).

A proposta do domínio caráter e seus fatores como componente do Modelo Psicobiológico foi realizada devido limitações no auxílio do diagnóstico de transtornos de personalidade (TP). O antigo modelo, composto unicamente pela dimensão temperamento, conseguia distinguir subtipo de TP como pertencente aos grupos A, B, C e D, mas não diferenciava de forma consistente indivíduos com TP ou pobre ajuste social de outros indivíduos bem adaptados e com perfis de personalidade funcionais (Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1988). Em estudo realizado posteriormente Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger (1993) observaram que baixos escores de dois fatores de personalidade: auto direcionamento e cooperatividade, eram importantes preditores de TP. Impulsionados por esse resultado e após realização de alguns estudos, foi agregada posteriormente ao modelo Psicobiológico a dimensão caráter composta por três fatores: auto direcionamento, cooperatividade e auto transcendência.

Diferente do temperamento, descrito como marcadamente hereditário, composto por padrões automatizados de adaptação ao ambiente e relativamente estável durante a vida, o caráter refere-se a diferenças individuais em nossos objetivos e valores intencionais, baseados em aprendizados sobre nós mesmos, os outros e o mundo. Caráter é descrito como o que fazemos de nós mesmos intencionalmente, está relacionado com o amadurecimento emocional da pessoa. Defende-se que temperamento e caráter estejam fundamentados em sistemas de aprendizagem e memória distintos, temperamento relacionado à memória de procedimento e caráter à memória proposicional declarativa (Cloninger et al., 1997). Na Tabela 2 encontra-se uma descrição resumida dos quatro fatores de temperamento e dos três fatores de caráter e suas principais características.

Tabela 2. Descrição dos Fatores de Temperamento e Caráter de acordo com o Modelo Psicobiológico de Cloninger

Dimensão	Fatores	Descrição
Temperamento	Evitação de Danos	Relaciona-se à inibição ou cessação de comportamentos frente a sinais de estímulos aversivos, implicando uma tendência hereditária para pessimismo, apreensão, fatigabilidade, medo e timidez.
	Busca de Novidades	Relaciona-se à ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos, implicando uma predisposição hereditária para excitabilidade, impulsividade e comportamento exploratório.
	Dependência de Recompensa	Relaciona-se à manutenção de comportamentos que são previamente associados com recompensa, visando à obtenção de prêmio.
	Persistência	Relaciona-se à capacidade de permanecer em atividade apesar da ausência de recompensas a curto prazo mas vislumbrando a possibilidade de recompensa a longo prazo.
Caráter	Auto Direcionamento	Baseia-se nos conceitos do indivíduo como um ser autônomo, refere-se à atuação individual sobre o meio externo no sentido de atingir seus objetivos pessoais, proporcionando integridade, honra, autoestima, efetividade, liderança e esperança frente aos desafios da vida.
	Cooperatividade	Baseia-se em conceitos do indivíduo como parte integral da sociedade e da humanidade. Refere-se à identificação empática com os outros, proporcionando compaixão, consciência, senso de comunidade, caridade e amor.
	Auto Transcendência	Baseia-se em conceitos do indivíduo como parte integral do universo. Envolve a consciência de que todos os objetos são participantes integrados da evolução de todas as coisas e da unidade universal, proporcionando coerência, equanimidade incondicional e satisfação permanente.

(Adaptada de C. R. Cloninger et al., 1993)

Segundo Cloninger et al. (1997), cada fator componente da dimensão caráter (auto direcionamento, cooperatividade e auto transcendência) é formada por 5 etapas cada, que sugere-se, se desenvolvem de forma sequencial, seguindo uma ordem usual, descrita como ‘sequência canônica’ segundo a qual os componentes emergem gradativamente a partir de experiências no decorrer da vida. As transições de um nível para o outro entre os fatores componentes do caráter refletem incrementos no grau de complexidade relacionado ao tipo de informação que será assimilada ao conceito de *self*. Problemas em momentos distintos do desenvolvimento do caráter estarão associados a déficits específicos levando a vulnerabilidades também específicas para o desenvolvimento de TM.

As influências genéticas relacionadas predominantemente ao temperamento como proposta classicamente por Cloninger (1987), tem sido confirmada parcialmente através de estudos com populações de gêmeos, onde se identifica componente genético entre as fatores de temperamento em comparação com os fatores de caráter e, de forma distinta, pouca influência de elementos ambientais sobre o temperamento e moderada influência sobre o caráter (Garcia et al., 2013). Apesar da premissa que o caráter sofre pouca ou nenhuma influência genética, se identificou em estudo recente um possível componente biológico também presente na dimensão de caráter auto direcionamento (Tuominen et al., 2013).

Yang et al. (2015) defendem que tanto temperamento como caráter possuem um componente hereditário, entretanto, identificam evidentes distinções relacionada a trajetória desenvolvimental do temperamento e caráter ao longo da vida com relação a interferência que os fatores de caráter parecem sofrer em função do ambiente em comparação com maior estabilidade apresentada pelos fatores de temperamento. Por exemplo, quando comparam temperamento e caráter entre casais, identificam um comum efeito ambiental compartilhado, onde apresentam significativamente maior similaridade nos fatores de caráter em comparação ao temperamento, possivelmente sob substancial atuação de um ambiente comum, enquanto unicamente o fator evitação de dano da dimensão temperamento apresentou similar resultado, entretanto, há explicações alternativas para este efeito, como casamento por similaridade e convergência de personalidade devido a ambiente familiar comum compartilhado antes de viverem juntos.

De fato, parece existir maior consenso com relação a forma diferenciada com a qual temperamento e caráter se desenvolvem. Identifica-se, por exemplo, que variáveis como o cuidado parental e o ambiente doméstico estão associados de forma distinta ao desenvolvimento do temperamento e caráter. Josefsson, Jokela, Hintsanen, et al. (2013) apontam que estes fatores estão significativamente mais relacionadas ao desenvolvimento da dimensão de caráter (auto direcionamento e cooperatividade) em comparação com temperamento. Aparente o cuidado parental e o ambiente doméstico impactam de forma mais significativa sobre o amadurecimento psicológico, associado ao caráter; quando comparada a tendências comportamentais e emocionais, associadas ao temperamento.

Levando em consideração a ação que o ambiente exerce sobre a personalidade (Cloninger et al., 1993) e a importância da infância nesse sentido (Josefsson, Jokela, Cloninger, et al., 2013), alguns estudos têm sido desenvolvido para se investigar as relações entre ambientes disfuncionais na infância, traços de personalidade específicos e presença de transtornos mentais (Perna et al., 2014; Hengartner, Ajdacic-Gross, Rodgers, Müller, &

Rössler, 2013; Roy, 2002). A hipótese sustentada por estes é de que a ocorrência de traumas na infância exerce influência sobre o desenvolvimento de traços de personalidade que se manifestam de forma desadaptativa e funcionam como fatores de vulnerabilidades ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Acredita-se que a presença de ambientes e experiências diferenciadas na infância exerçam influência sobre o desenvolvimento de características ou traços de personalidade específicos congruentes com estes ambientes (De Clercq, Rettew, Althoff, & De Bolle, 2012). Entretanto, sugere-se que populações com algum histórico de traumas não necessariamente desenvolvem transtornos mentais com índices extremos dessas características, mas podem apresentar algum nível destas características pela necessidade de adaptação ao ambiente no qual esteve inserido na infância (Svrakic & Cloninger, 2010).

A relação entre o desenvolvimento da personalidade e o ambiente infantil tem suscitado amplo embate no campo da saúde mental, relacionado a maneira como características ou traços de personalidade disfuncionais são descritos nos manuais diagnósticos (Skodol & Bender, 2009; Pull, 2014). Nestes, a relação personalidade e transtorno mental, aparentemente, se restringe a uma compreensão categórica, na qual os traços disfuncionais e funcionais tendem a caracterizar de forma diferenciada pessoas com e sem transtornos mentais, respectivamente. Entendimento que não abrange a natureza dimensional da personalidade (Trull & Durrett, 2005).

Svrakic & Cloninger (2010) sugerem que o desenvolvimento da personalidade reflete um complexo esforço adaptativo voltado a auto organização do indivíduo objetivando um adequado ajuste entre suas necessidades internas (temperamento emocional) e demandas externas (normas e costumes sociais). Esta adaptação pode seguir em uma “direção errada” por disposições comportamentais prévias extremas e inflexíveis ou por efeitos de um ambiente patogênico, ou por ambos. Por um lado, fortes disposições genéticas podem influenciar a percepção do ambiente e as escolhas por atividades e relações congruentes com estas características reforçando-as e, por outro lado, elementos ambientais patogênicos modulam comportamentos e estilos cognitivos mal adaptativos. Argumentam que este entendimento expressa de melhor forma os fatores etiológicos associados ao problema, dividindo de forma mais justa a sua casualidade entre a pessoa e o seu ambiente, refletindo a característica essencial do transtorno, uma má adaptação crônica do indivíduo ao seu ambiente atual. Além disso, a ênfase em uma adaptação inadequada é menos estigmatizante que a centralização do problema em um elemento central da vida psíquica da pessoa, sua personalidade.

O presente estudo fundamenta-se nesta premissa e questiona a influência de eventos traumáticos ocorridos na infância sobre o desenvolvimento de traços de personalidade, como resposta a este ambiente precoce. Caso este ambiente tenha sido nocivo durante a infância, acredita-se que haja possibilidade de que estas características se apresentem distintas na vida adulta destas pessoas em comparação com pessoas sem este histórico, podendo influenciar no desenvolvimento de vulnerabilidade para a instabilidade emocional destes (De Clercq et al., 2012).

Dada a relação identificada entre EEPs e o desenvolvimento de transtornos mentais, propõe-se neste estudo a investigação das possíveis relações entre EEPs, sintomas psiquiátricos, EIDs e características de personalidade específicas em amostra de uma população não clínica. Baseado no conhecimento crescente relacionado ao possível impacto de EEPs sobre aspectos neuroendócrinos e neuroanatômicos, acredita-se que existam outros elementos mediadores originados sob a influência de EEPs que funcionem como fatores de vulnerabilidade sobre o desenvolvimento de TM.

1.4. Justificativa

A busca pelos determinantes ou fatores associados ao desenvolvimento e manutenção dos TM se mantém como um dos principais direcionamentos investigativos escolhidos por pesquisadores no campo da saúde mental. Isto não ocorre por acaso, o número de pessoas que apresentam algum TM ao longo da vida tem aumentado significativamente nos últimos anos, estando estas condições dentre as mais incapacitantes e letais da atualidade, o que torna investigações desta natureza sempre muito relevantes (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt, & Whiteford, 2013).

Uma das principais características dos transtornos mentais que os tornam sensivelmente difíceis de serem compreendidos e tratados é sua natureza multicausal e suas características multidimensionais. Estes aspectos são complicadores importantes para uma plena efetividade no tratamento dessas condições, tornando clara a necessidade de se identificar de forma ampla e profunda todos os possíveis elementos que possam influenciar na sua emergência (Polanczyk, 2009).

Apesar de importantes avanços na compreensão dos potenciais impactos que um ambiente adverso em períodos remotos de desenvolvimento causa a uma funcional organização do SN, ainda se faz necessário a realização de estudos que objetivem identificar outros fatores de vulnerabilidade que possam emergir como mediadores adicionais para o surgimento e estabelecimento dessas condições.

Ressalte-se também a necessidade de se implementar pesquisas relacionando EEPs sobre o desenvolvimento das pessoas em variados âmbitos. Inicialmente por trazer à tona a influência de um ambiente infantil nocivo sobre o indivíduo, mobilizando assim necessidade de cuidados específicos durante este período do desenvolvimento, uma vez que danos neste momento podem ser carregados por toda a vida de forma marcante. Além disso, o conhecimento que se busca produzir também pode ser utilizado para esclarecer especificidades nos elementos etiológicos relacionados a expressão diferenciada de sintomas psiquiátricos apresentadas por populações com histórico de EEPs, muitas vezes mais graves e com maiores índices de recorrência e cronicidade (Nemeroff et al., 2003; Heim & Binder, 2012;).

As utilidades advindas destes conhecimentos são diversas, como a possibilidade de implementação dos métodos psicoterápicos atuais no manejo de pessoas com este histórico, tornando-os mais efetivos e devidamente fundamentados em evidência científicas, possibilitando também que sejam adaptados e disponibilizados a crianças e adolescentes vítimas de EEPs, podendo exercer importante papel preventivo e inibindo o desenvolvimento de transtornos mentais nestes. Há também motivações econômicas importantes com relação ao desenvolvimento desses modelos de tratamento. Em comparação com métodos farmacológicos os métodos psicoterápicos possuem baixos custos e podem ser utilizados na modalidade individual ou em grupo dentro de uma perspectiva promotora de saúde, auxiliando no desenvolvimento de resiliência e podendo impedir o surgimento de psicopatologias ou minimizando os seus efeitos e sua severidade em pessoas vulneráveis, desde a infância até a vida adulta.

Tendo por base a exposição teórica realizada, foram propostos os seguintes objetivos para o presente estudo:

1.5. Objetivos

1.5.1. Geral

Investigar as relações entre Eventos Estressores Precoces, Esquemas Iniciais Desadaptativos, Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos em uma amostra não clínica

1.5.2. Específicos

- Estimar a prevalência de EEPs, EIDs, Sintomas psiquiátricos e características de temperamento e caráter;
- Comparar a prevalência de sintomas psiquiátricos em grupos com e sem EEPs;
- Correlacionar os escores de EEPs e sintomas psiquiátricos;
- Comparar a prevalência de EIDs nos grupos com e sem EEPs;
- Comparar a prevalência de EIDs nos grupos com e sem sintomas psiquiátricos;
- Correlacionar os escores de EEPs e EIDs;
- Comparar as características de temperamento e caráter nos grupos com e sem EEPs;
- Comparar as características de temperamento e caráter nos grupos com e sem sintomas psiquiátricos;
- Correlacionar os escores de EEPs e características de temperamento e caráter;
- Avaliar efeito preditivo de EEPs, EIDs e fatores de temperamento e caráter sobre sintomas psiquiátricos;
- Avaliar efeito de mediação das variáveis de temperamento e caráter e EIDs entre EEPs e sintomas psiquiátricos.

1.6. Hipóteses

Com base no exposto, o presente estudo adotou as seguintes hipóteses de trabalho:

- I. Existe maior incidência de sintomas psiquiátricos na amostra caracterizada com presença de EEPs comparada a amostra sem este histórico;
- II. Existe maior presença de EIDs na amostra caracterizada com presença de EEPs comparada a amostra sem este histórico;
- III. Existem diferenças significativas entre os grupos com e sem EEPs com relação às características de temperamento e caráter;
- IV. Existe efeito preditivo significativo dos EEPs, EDs e EIDs sobre os sintomas psiquiátricos;
- V. Existe efeito de mediação entre EEPs e sintomas psiquiátricos através dos fatores específicos de temperamento e os EIDs.

2. MÉTODO

2.1. Delineamento

O presente estudo caracteriza-se como de natureza exploratória, descritiva, correlacional, transversal e quantitativa.

2.2. Participantes

A amostra do presente estudo foi obtida de forma não aleatória, é composta por 200 pessoas de ambos os sexos, entre 18 e 30 anos de idade e alfabetizadas, oriundas das cidades de João Pessoa (PB), Mari (PB) e Porteiras (CE). A amostra foi convidada a participar do estudo diretamente pelos pesquisadores envolvidos na coleta de dados, ou através de divulgação em redes sociais e por meio de cartazes espalhados em alguns pontos das cidades citadas. O tamanho da amostra foi definido tendo por base os critérios adotados por Pasquali (2005) para realização de análise fatorial, que defende a necessidade de no mínimo 5 respondentes para cada item do instrumento em uso no estudo. Nesta pesquisa o instrumento de referência adotado para o cálculo foi o Questionário de Traumas na Infância (QUESI), composto por 28 itens, o que levaria a necessidade de uma amostra mínima de 140 pessoas. No total, os instrumentos foram aplicados em 247 sujeitos, deste foram selecionados 200, 47 sujeitos foram excluídos no decorrer da coleta de dados por apresentarem preenchimento inadequado de alguns instrumentos ou foram identificados como *outliers* durante as análises estatísticas, o que poderia levar a distorções nos resultados.

2.3. Instrumentos

Questionário sociodemográfico – instrumento voltado à coleta de informações gerais da amostra, como idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, situação laboral e renda familiar (**Anexo C**).

Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) (Bernstein et al., 2003) – é uma entrevista retrospectiva e autoaplicável que investiga história de abuso e negligência durante a infância, podendo ser aplicado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos, composta por 28 itens organizados em uma escala *likert* que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). O instrumento avalia 5 subtipos de traumas na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. As pontuações variam de 5 a 25 para cada tipo de abuso. O grau de severidade de cada abuso é categorizado em quatro níveis, conforme pode ser observado na Tabela 3, indivíduos que apresentam escores ‘Moderado á Severo’ ou

‘Severo a Extremo’ em qualquer subtipo de trauma, são identificados Com histórico de Estresse Precoce, os categorizados entre os escores ‘Nenhum à mínimo’ e ‘Leve à Moderado’ são considerados Sem histórico de Estresse Precoce. O instrumento ainda permite a produção de um escore total a partir do somatório dos escores de todos os 5 traumas. O CTQ encontrasse traduzido e adaptado a população brasileira (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006) apresentando também boas características psicométricas (Grassi-Oliveira et al., 2014).

(Anexo D)

Tabela 3. Subtipos de Estresse Precoce categorizados de acordo com sua severidade

Subtipos	Nenhum à Mínimo	Leve à Moderado	Moderado à Severo	Severo à extremo
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	>16
Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	>13
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	>13
Negligência Emocional	5-9	10-14	15-17	>18
Negligência Física	5-7	8-9	10-12	>13

(Traduzido e Adaptado de Bernstein, 2003)

Inventário de Auto Avaliação para Adultos (Adult Self-Report Inventory - ASRI) (Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Weiss, M., 2004) – é um inventário voltada a avaliação quantitativa de sintomas psiquiátricos de 19 transtornos mentais conforme proposto pelo DSM-IV. É composto por 136 itens que devem ser classificados em escala *Likert* que varia de 0 (nunca) a 3 (muito frequentemente). Para o presente estudo foram utilizadas as escalas para os seguintes transtornos: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Pânico (TP), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Fobia social, Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), Transtorno Depressivo Maior (TDM), Mania, Distímia, Transtorno por Uso de Substância (TUS), Esquizofrenia, Transtorno de Personalidade Esquizóide e Transtorno de Personalidade Borderline. O instrumento produz dois escores, um através de ponto de corte para cada transtorno que aponta a presença ou não de sintomas para cada transtorno baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV; o outro escore é baseado na soma dos escores totais referente as escalas de todos os transtornos. Nenhum dos escores produzidos pelo instrumento é suficiente para fins diagnósticos, uma vez que não abrange informações adicionais que preencham os critérios necessários. Não existem dados brasileiros de adaptação cultural ou validação para este instrumento. Por esse motivo será utilizada a tradução para o português da versão original do inventário realizada por Lara e colaboradores (Lara et al., 2012).

Questionário de Esquemas de Young – forma reduzida (YSQ-Sf3) (Young, Klosko, Marjorie, Weishaar, 2008) – é um instrumento que objetiva avaliar 18 Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), considerados como centrais na cognição humana. O YSQ é composto por 90 afirmativas, respondidas de acordo com uma escala tipo *Likert* que varia de 1 (completamente falso) a 6 (descreve-me perfeitamente) para pontuação de acordo com a percepção do examinando. Os 18 esquemas avaliados por este instrumento são: Privação emocional, Defectividade/vergonha, isolamento social/alienação, Dependência/incompetência, vulnerabilidade à danos ou doenças, Emaranhamento/*self* subdesenvolvido, Fracasso, Merecimento/grandiosidade, Auto controle/auto disciplina insuficientes, Subjugação, Auto sacrifício, Busca de aprovação/reconhecimento, negatividade/pessimismo e Inibição pessoal. Todos os esquemas encontram-se agrupados em cinco grandes domínios: desconexão e rejeição, autonomia e desempenhos prejudicados, limites prejudicados, orientação para o outro e hipervigilância e inibição.

O questionário proporciona escores individuais para cada esquema que variam de no mínimo 5 e no máximo 30 pontos, o instrumento completo produz escores que variam de 90 a 540 pontos. Um escore médio de 4,5 em um esquema pode ser indicativo de sua presença ativa no momento da avaliação, todavia a presença dos EIDs em um nível clínico está condicionada a avaliação clínica mais consistente de outros aspectos históricos e do funcionamento do paciente. Neste estudo, objetiva-se avaliar a variação dimensional dos EIDs na amostra, não havendo interesse de estabelecer um ponto de corte que diferencie sua presença ou ausência. A versão do YSQ utilizada neste estudo já foi devidamente traduzida e submetida a um processo de validação semântica para a população brasileira (Seixas, 2014). Atualmente uma validação de sua estrutura fatorial está sendo desenvolvida, apresentando propriedades psicométricas prévias consistente com a obtida pelo instrumento em sua versão anterior (Cazassa & Oliveira, 2012). **(Anexo E)**

Inventário de Temperamento e Caráter-Revisado (ITC-R) (C. R. Cloninger, 1987; C. R. Cloninger et al., 1993) – é um questionário voltado a avaliação de características de temperamento e caráter das pessoa, abrangendo quatro fatores relacionados ao Temperamento (Evitação de danos, Busca de Novidade, Dependência de Recompensa e Persistência) e três fatores relacionados ao Caráter (Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência). O ITC possui 240 itens que são classificados de acordo com uma escala *Likert* que varia de 1 (definitivamente falso) a 5 (definitivamente verdadeiro). O instrumento produz escores totais e médios para cada fator de temperamento e caráter avaliado. Para o presente estudo foram utilizados os valores totais que variam de forma diferenciada, como

pode ser observado na Tabela 4. O inventário se encontra validado e normatizado para a população brasileira, apresentando boas propriedades psicométricas (Goncalves & Cloninger, 2010). **(Anexo F)**

Tabela 4. Amplitude dos escores totais referente aos fatores de Temperamento e Caráter do ITC-R

Domínios e Fatores	Amplitude (Mínimo – Máximo)
T1 – Evitação de Danos	(33 – 165)
T2 – Busca de Novidade	(35 – 175)
T3 – Dependência de Recompensa	(30 – 150)
T4 – Persistência	(35 – 175)
C1 – Auto Direcionamento	(40 – 200)
C2 – Cooperatividade	(36 – 180)
C3 – Auto Transcendência	(26 – 130)

(Traduzido e Adaptado de Goncalves & Cloninger, 2010)

2.4. Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), protocolo 0141/15. Desta forma, toda a pesquisa foi realizada conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), que trata das diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos.

2.5. Procedimentos

Um estudo piloto com 30 participantes foi realizado antes de se iniciar a coleta final para o estudo, o objetivo deste foi selecionar os instrumentos que seriam utilizados na coleta de dados e definir a melhor forma da mesma ser realizada. Os resultados obtidos e previamente analisados juntamente com a avaliação dos participantes auxiliaram na seleção dos instrumentos e no estabelecimento do formato final da coleta de dados, como descrita em seguida.

Os dados foram coletados de forma individual ou coletiva (em grupos de 3 a 5 participantes por vez). Tendo em vista a extensão do protocolo e a possibilidade do efeito de fadiga durante o seu preenchimento, a coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) **(Anexo B)**, os participantes responderam ao questionário sociodemográfico, o Inventário de Auto Avaliação para Adulto (ASRI) e o Questionário de Esquemas de Young – forma reduzida (YSQ-SF3),

em média esta primeira etapa durou 40 minutos. Na segunda etapa foram respondidos o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) e o Inventário de Temperamento e Caráter - Revisado (ITC-R). Esta aplicação também teve duração média de 40 minutos. Antes do início da aplicação, todos os instrumentos referentes a cada etapa eram apresentados e a forma de se responder era devidamente esclarecida. O intervalo entre a aplicação das duas etapas obedeceu a um período máximo de 07 dias.

2.6. Análise de dados

Os dados foram analisados com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As análises descritivas foram realizadas tendo por base o estabelecimento de médias, desvio-padrão, frequências e porcentagem. Para as análises inferenciais de comparação de dois grupos (ex.: grupo com histórico de EEPs e grupo sem histórico de EEPs; grupo com Sintomas Psiquiátricos e grupo Sem Sintomas Psiquiátricos) foi utilizado o teste *t* de student. Para as análises de correlação foi utilizado o teste de *Pearson* (Ex.: EEPs e EIDs; EEPs e EIDs, e EEPs e Sintomas Psiquiátricos).

Regressão Múltipla Hierárquica: A partir das análises das correlações mais significativas identificadas, foi realizada uma regressão múltipla através do método *stepwise*, que é realizada adicionando-se as variáveis preditoras em blocos de acordo com critérios adotados pelo pesquisador e justificativa teórica pertinente, método que possibilita a identificação de efeito de interação (mediação ou moderação) entre as variáveis. A regressão do presente estudo foi realizada em 3 blocos com objetivo de identificar o efeito preditivo das variáveis evitação de danos, Eventos Estressores Precoces e Esquemas iniciais Desadaptativos sobre Sintomas Psiquiátricos. Com base nos resultados observados na Regressão, identificaram-se duas interações, que levaram a avaliação de dois modelos de mediação. Para ambos os modelos foi assumida como variável preditora os EEPs e como variável de saída os sintomas psiquiátricos, as variáveis mediadoras para cada modelo foram EDs e EIDs.

Modelo de Mediação: A análise de mediação é um método estatístico comumente utilizado para compreensão da maneira como uma variável independente (preditora) afeta uma variável dependente (resultado/saída). Sugere-se que a mediação seja o meio pelo qual se estabeleça esta relação. No presente estudo a confirmação dos efeitos de mediação foi realizada com o auxílio do PROCESS (Hayes, 2012), extensão para SPSS desenvolvida por Hayes (2009) que aprimora os métodos estatísticos inicialmente propostos por Baron & Kenny (1986), estabelecendo critérios específicos para sua execução e identificação do efeito

de mediação através de teste de intervalo de confiança realizado a partir de cálculos de n (1000 à 5000) reamostragens, procedimento denominado de *Bootstrapping Resample*. Os critérios adotados pelo presente estudo foram os sugeridos por Hayes & Scharkow (2013) que propõem a execução do teste de intervalo de confiança com *Bootstrapping* de 5000 reamostragens (IC 95%).

Como saída do modelo de mediação são gerados os *efeitos direto* (c') explicado unicamente pela variável preditora (X), *indireto* ($a.b$) explicado unicamente pela variável mediadora (M), e *total* (c) soma dos efeitos direto e indireto (c), como apresentado esquematicamente na figura 1.

Para todos os dados analisados foram consideradas significativas às diferenças com valores $p < 0,05$.

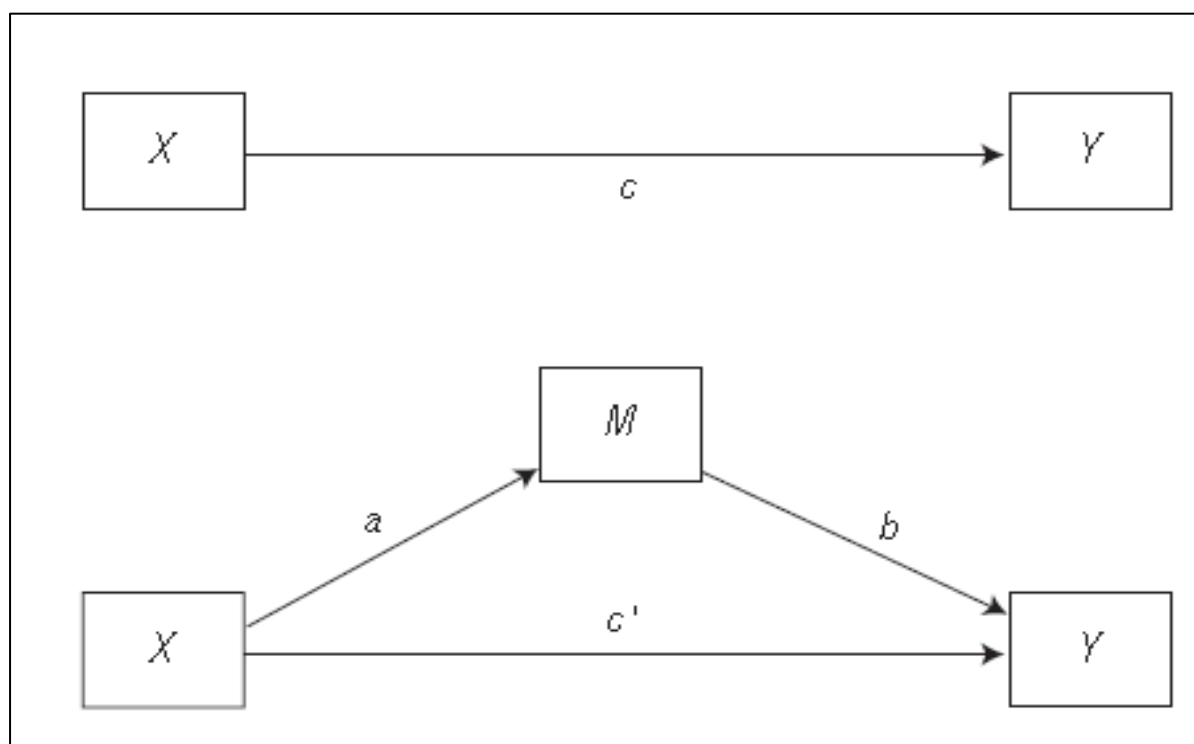


Figura 1. Esquema ilustrativo de um modelo simples de mediação.

Nota: Fonte: (Hayes & Scharkow, 2013).

3. RESULTADOS

3.1. Características sociodemográficas

As características sociodemográficas dos 200 participantes são descritas na Tabela 1 e contemplam as seguintes informações: gênero, idade, cor, religião, situação conjugal, ocupação, Moradia e escolaridade. Os dados são apresentados de acordo com frequência e percentual ou média e desvio padrão.

Tabela 5. Características sociodemográficas da amostra (n=200)

Sexo, n (%)	
Feminino	130 (65)
Masculino	70 (35)
Idade, M (DP)	22,70 (3,52)
Renda, M (DP)	3.666 (2.444)
Cor, n (%)	
Pardo (a)	88 (44,0)
Branco (a)	84 (42,0)
Preto (a)	19 (9,5)
Religião, n (%)	
Católica	95 (47,7)
Evangélica	57 (28,6)
Ateu	14 (7,0)
Espírita	8 (4,0)
Outras	25 (12,6)
Situação conjugal, n (%)	
Solteiro (a)	171 (85,5)
Casado (a)/Companheiro (a) fixo (a)	27 (13,5)
Separado (a)/Divorciado (a)	2 (1,0)
Ocupação, n (%)	
Estudante	155 (77,5)
Empregado (a)/Com ocupação remunerada	38 (19,0)
Desempregado (a)	6 (3,0)
Moradia, n (%)	
Pais	136 (68,3)
Amigos	26 (13,1)
Sozinho	22 (11,0)
Esposa/Filhos	15 (7,5)
Escolaridade, n (%)	
Superior incompleto	124 (63,3)
Superior completo	32 (16,0)
Médio incompleto	8 (4,1)
Médio completo	32 (16,0)

Nota: n: número total da amostra; M: Média; DP: Desvio Padrão.

Observa-se que a amostra total do presente estudo é composta predominantemente por participantes do sexo feminino ($n=170$, 65%), de cor parda ($n=88$, 44%); solteiros (as) ($n=171$, 85,5%) e estudantes ($n=155$) cursando o ensino superior ($n=124$, 63,3%). Com

relação a religião, a maioria se descreveu como católica ($n=95$, 47,7%) e morando com os seus pais ($n=136$, 68,3%). A idade média da amostra geral foi de 22,70 (DP=3,52), variando de 18 à 30 anos e a renda foi de 3.666 (DP=2.444), variando de 550 à 11.000

3.2. Caracterização da amostra de acordo com a presença de EEPs

Para análise comparativa das variáveis em estudo a amostra foi dividida em dois grupos, um descrito como ‘Com Estresse Precoce’ e outro ‘Sem Estresse Precoce’. Os critérios adotados para estabelecimento desta divisão da amostra foi descrito anteriormente no método durante apresentação do Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ), os participantes que apresentaram classificação em quaisquer dos subtipos de traumas acima de *moderado à severo* foram incluídos no grupo Com Estresse Precoce.

A amostra descrita Com Estresse Precoce foi formada por 100 participantes (50%) e a Sem histórico de Estresse Precoce também com 100 participantes (50%). A classificação da amostra de acordo com a severidade do Estresse precoce encontra-se descrita na Tabela 6, seus dados foram utilizados como critério para a divisão da amostra nos grupos Com e Sem Estresse Precoce.

Tabela 6. Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com sua severidade

SUBTIPOS	Sem Estresse Precoce n = 100 (50%)			Com Estresse Precoce n = 100 (50%)		
	n (%)			n (%)		
	Nenhum à mínimo	Leve à moderado	Total	Moderado à severo	Severo à extremo	Total
Abuso Emocional	84 (42,0)	62 (31,0)	146 (73,0)	24 (12,0)	30 (15,0)	54 (27,0)
Abuso Físico	130 (65,0)	32 (16,0)	164 (81,0)	24 (12,0)	14 (7,0)	38 (19,0)
Abuso Sexual	153 (81,4)	17 (9,0)	170 (90,4)	15 (8,0)	3 (1,6)	18 (9,6)
Negligência Emocional	88 (44,0)	73 (36,5)	165 (80,5)	18 (9,0)	21 (10,5)	39 (19,5)
Negligência Física	143 (71,5)	28 (14,0)	171 (85,5)	19 (9,5)	10 (5,0)	29 (14,5)

Nota. n: número da amostra.

Conforme apresenta a Tabela 6, dentre os 200 participantes, 100 (50%) foram identificados com histórico de EEPs, destes 54 (27%) sofreram Abuso Emocional, 39 (19,5%) Negligência Emocional, 38 (19%) Abuso Físico, 29 (14,5%) Negligência física e 18 (9,6 %) Abuso Sexual.

As médias referentes ao Estresse Precoce na amostra geral são apresentadas na Tabela 7. A media do CTQ total foi de 41,02 (DP=11,83), levando em consideração que a amplitude do CTQ total pode variar de 25 à 125. Dentre os subtipos de estresse, Negligência emocional

(M=10,38, DP=4,14) e abuso emocional (M=10,36, DP=4,38) atingiram as médias mais altas, o subtipo que apresentou média mais baixa foi Abuso Sexual (M=6,19, DP=3,06).

Tabela 7. Média do CTQ total e por subtipo de Estresse Precoce na amostra geral

	Amostra geral n=200 (100%)
	M (DP)
CTQ Total	41,02 (11,83)
Abuso Emocional	10,36 (4,38)
Abuso Físico	7,26 (2,78)
Abuso Sexual	6,19 (3,06)
Negligência Emocional	10,38 (4,14)
Negligência Física	6,70 (2,14)

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão.

3.2.1. Avaliação das médias de Estresse Precoce total e por subtipo entre os grupos com e sem Estresse Precoce

Como aponta a Tabela 8, os escores totais obtidos através do Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) apontam diferenças significativas entre o grupo com e sem Estresse Precoce ($t(182)=13,48$, $p<0,001$). De forma similar, todas as médias por subtipo de Evento Estressor referente ao grupo com Estresse Precoce foram significativamente superiores às obtidas pelo grupo sem Estresse Precoce, destacando-se abuso emocional ($t(196)=9,65$, $p<0,001$) e negligência emocional ($t(191)=7,73$, $p<0,001$) com as diferenças mais representativas e negligência física ($t(194)=6,76$, $p<0,001$) com a diferença menos representativa.

Tabela 8. Distribuição da pontuação do CTQ entre os grupos Sem e Com Estresse Precoce

	Sem Estresse Precoce n=100 (50%)	Com Estresse Precoce n=100 (50%)
	M (DP)	M (DP)
CTQ Total	33,17 (4,70)	50,38 (10,93)***
Abuso Emocional	7,85 (2,11)	13,02 (4,87) ***
Abuso Físico	6,03 (1,28)	8,53 (3,29) ***
Abuso Sexual	5,1 (0,38)	7,32 (4,06) ***
Negligência Emocional	8,41 (2,59)	12,50 (4,45) ***
Negligência Física	5,78 (1,21)	7,66 (2,45) ***

Nota. CTQ: Questionário Sobre Traumas na Infância; M: média; DP: Desvio Padrão.

***: $p<0,001$.

Identificou-se que alguns participantes apresentaram ocorrência de mais de um tipo de EEP, a Tabela 9 descreve a proporção de subtipos de Estresse Precoce no grupo com este

histórico. Predomina a presença de um subtipo de trauma, presentes em 41 participantes (21,8%), 29 participantes (15,4%) foram identificados com dois subtipos, 15 (8,0%) com três subtipos, e três participantes com quatro subtipos (1,6%). Nenhum participante foi identificado como apresentado os cinco subtipos de Estresse Precoce.

Tabela 9. Quantidade de subtipos de EEPs no grupo caracterizado Com Estresse Precoce

Frequência de subtipo de Estresse Precoce	n (%)
1 subtipo	41 (21,8)
2 subtipos	29 (15,4)
3 subtipos	15 (8,0)
4 subtipos	3 (1,6)

3.3. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Sintomas Psiquiátricos

Em seguida a amostra será descrita de acordo com a presença ou não de Sintomas Psiquiátricos sendo adotado como critério o ponto de corte de cada transtorno de acordo com o Inventário de Auto Avaliação Para Adultos (ASRI), formando-se dessa maneira dois grupos, um caracterizado com sintomas psiquiátricos e outro sem Sintomas Psiquiátricos. Também serão apresentadas as diferenças entre os grupos com relação as médias de cada transtorno e ao escore total de sintomatologia psiquiátrica.

Tabela 10. Caracterização da amostra de acordo com a presença ou ausência de sintomas psiquiátricos por transtorno mental

SUBTIPOS	Sem Sintomas Psiquiátricos n (%)	Com Sintomas Psiquiátricos n (%)
Sintomas Psiquiátricos (Total)	149 (75,3)	49 (24,7)
TAG	164 (82,0)	36 (18,0)
TP	188 (94,0)	12 (6,0)
TOC	184 (92,0)	16 (8,0)
Fobia social	163 (81,5)	37 (18,5)
TEPT	182 (91,0)	18 (9,0)
TDM	159 (79,5)	41 (20,5)
Mania	198 (99,0)	2 (1,0)
Distímia	172 (86,0)	28 (14,0)
TUS	199 (99,5)	1 (0,5)
Esquizofrenia	196 (98,0)	4 (2,0)
Tr. P. Esquizoide	197 (99,0)	2 (1,0)
Tr. P. Borderline	184 (92,0)	15 (7,5)

Nota. TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TP: Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo Compulsivo; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático; TUS: Transtorno por Uso de Substâncias; Tr. P.: Transtorno de Personalidade.

De acordo com a Tabela 10, dentre toda a amostra, 149 (75,3%) participantes foram descritos com não apresentando sintomatologia psiquiátrica para nenhum dos transtornos investigados, 49 (24,7%) participantes foram identificados como apresentando sintomatologia psiquiátrica para pelo menos um dos transtornos. Os sintomas psiquiátricos mais identificados foram os relacionados aos seguintes transtornos: Transtorno Depressivo Maior, presente em 41(20,5%) participantes; Transtorno de Ansiedade Generalizada, presente em 36 (18,0%) participantes; Fobia social, presente em 16 (8,0%) participantes; e Distímia, presente em 28 (14,0%). Os sintomas psiquiátricos menos frequentes foram os relacionados aos seguintes transtornos: Mania presente em dois (1%) participantes, Transtorno de Personalidade Esquizoide, presente em 2 (1%) e Transtorno por Uso de Substância presente em um (0,5%).

Tabela 11. Distribuição comparativa da sintomatologia psiquiátrica de acordo com a severidade total e por cada transtorno

SUBTIPOS	Sem Sintomas Psiquiátricos M (DP)	Com Sintomas Psiquiátricos M (DP)
Sintomas Psiquiátricos (Total)	27,06 (11,63)	62,17 (15,89)***
TAG	7,65 (3,06)	14,57 (3,75)***
TP	1,26 (1,12)	2,77 (1,75)***
TOC	0,91 (1,27)	2,91 (2,37)***
Fobia social	2,39 (1,80)	4,65 (2,37)***
TEPT	1,28 (1,11)	3,38 (1,90)***
Depressão	2,64 (1,88)	8,14 (3,21)***
Distímia	1,68 (1,30)	4,61 (2,23)***
Tr. P. Borderline	3,51 (0,20)	8,46 (4,32)***

Nota. M: média; DP: Desvio Padrão; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TP: Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo Compulsivo; TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TBH: Transtorno Bipolar de Humor; TUS: Transtorno por Uso de Substâncias; Tr. P.: Transtorno de Personalidade.

***: $p < 0,001$.

Como pode ser observado na Tabela 11, os grupos descritos com sintomas psiquiátricos se diferenciam de forma significativa de acordo com a média total de sintomas psiquiátricos ($t(193)=14,00$, $p < 0,001$) como também de acordo com as médias de cada transtorno.

3.3.1. Avaliação de sintomas psiquiátricos entre os grupos com e sem Estresse Precoces

Em seguida serão descritas as médias dos sintomas psiquiátricos total e por transtorno de acordo com a presença ou ausência de Estresse Precoces e as correlações entre o escore total e por subtipos de EEPs com Sintomas psiquiátricos.

Tabela 12. Distribuição dos sintomas psiquiátricos entre os grupos Com e Sem Estresse Precoce

Transtornos	Sem Estresse Precoce M (DP)	Com Estresse Precoce M (DP)
Sintomas Psiquiátricos (Total)	28,06 (16,38)	43,22 (19,98)***
TAG	8,03 (3,90)	10,61 (4,54)**
TP	1,36 (1,34)	1,92 (1,50)*
TOC	0,84 (1,18)	1,96 (2,15)**
Fobia social	2,46 (2,06)	3,42 (2,19)*
TEPT	1,43 (1,35)	2,17 (1,77)*
TDM	2,85 (2,77)	5,11 (3,38)**
Distímia	1,79 (1,74)	2,99 (2,11)**
Tr. P. Borderline	3,51 (3,13)	5,93 (3,81)**

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TP: Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo Compulsivo; TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TBH: Tr. P.: Transtorno de Personalidade.

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Como apresentado pela Tabela 12, a presença de sintomatologia psiquiátrica é significativamente maior no grupo caracterizado Com Estresse Precoce tanto com respeito à totalidade dos sintomas psiquiátricos ($t(193)=5,79$, $p < 0,01$), como também em cada transtorno avaliado, dentre eles: Transtorno de ansiedade Generalizada ($t(198)=4,30$, $p < 0,01$); Depressão ($t(198)=5,16$, $p < 0,01$); Fobia social ($t(198)=3,18$, $p < 0,05$); Distímia ($t(198)=4,38$, $p < 0,01$), Transtorno de Personalidade Borderline ($t(197)=4,88$, $p < 0,01$).

Tabela 13. Correlação entre Sintomas Psiquiátricos e EEPs total e por subtipos

	Sintomas Psiquiátricos (Total)
	<i>r</i>
EEPs (Total)	0,46**
Abuso Emocional	0,47**
Abuso Físico	0,14
Abuso Sexual	0,27**
Negligência Emocional	0,35**
Negligência Física	0,28**

Nota. *r*: correlação de Pearson.

**: $p < 0.01$.

Os dados apresentados na Tabela 13 expõem correlação positiva de moderada intensidade entre o escore total de EEPs e sintomas psiquiátricos ($r=0,46$, $p < 0,01$), mesma tendência é observada com os outros subtipos de EEPs, com exceção do Abuso físico ($r=0,14$, $p=0,06$), onde a correlação não foi significativa. Entre Sintomas psiquiátricos e Abuso Emocional também houve correlação positiva moderada ($r=0,47$, $p < 0,01$). Apesar de com intensidades menores, os sintomas psiquiátricos também apresentaram correlação com

Negligência Emocional ($r=0,35$, $p<0,01$), Negligência Física ($r=0,28$, $p<0,01$) e Abuso sexual ($r=0,27$, $p<0,01$).

3.4. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Esquemas Iniciais Desadaptativos

A seguir serão apresentados os dados relacionados aos 18 EIDs. Inicialmente serão descritos os escores referentes a amostra geral, em seguida as médias de cada Esquema serão apresentadas de forma comparativa de acordo com a presença ou não de Estresse Precoce e presença ou não de Sintomas Psiquiátricos. Por fim, serão apresentadas as correlações entre os EIDs e Estresse Precoce e entre os EIDs e Sintomas Psiquiátricos.

Tabela 14. Distribuição do EIDs na amostra geral

EIDs		M (DP)
YSQ total		173,76 (57,99)
1	Privação Emocional	9,94 (5,21)
2	Abandono	12,16 (6,05)
3	Desconfiança/Abuso	11,93 (5,45)
4	Isolamento social/Alienação	11,39 (5,99)
5	Defectividade e vergonha	8,59 (5,08)
6	Fracasso	10,01 (6,03)
7	Dependência/Incompetência	8,84 (4,23)
8	Vulnerabilidade à danos ou doenças	11,28 (5,15)
9	Emaranhamento	9,73 (4,20)
10	Subjugação	10,02 (4,95)
11	Auto sacrifício	14,63 (5,93)
12	Inibição emocional	13,44 (6,22)
13	Padrões inflexíveis/Crítica exagerada	15,91 (5,80)
14	Merecimento/Grandiosidade	12,55 (4,61)
15	Auto controle/Auto disciplina insuficientes	12,92 (5,97)
16	Busca de aprovação/Reconhecimento	13,38 (5,74)
17	Negatividade/Pessimismo	13,05 (5,50)
18	Caráter punitivo	10,88 (4,71)

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão; EIDs: Esquemas Iniciais Desadaptativos.

Conforme representado na Tabela 14, os esquemas que apresentaram maior prevalência média foram: Padrões inflexíveis/crítica exagerada ($M=15,91$, $DP=5,80$); Auto sacrifício ($M=14,63$, $DP=5,93$); Inibição emocional ($M=13,44$, $DP=6,22$) e Busca de aprovação/Reconhecimento ($M=13,38$, $DP=5,74$). Os Esquemas com menores médias foram: Defectividade e vergonha ($M=8,59$, $DP=5,08$), Dependência/incompetência ($M=8,84$, $DP=4,23$), Emaranhamento ($M=9,73$, $DP=4,20$) e privação emocional ($M=9,94$, $DP=5,21$).

Tabela 15. Distribuição dos EIDs de acordo com os subgrupos Sem e Com Estresse Precoce

EIDs		Sem Estresse Precoce	Com Estresse Precoce
		M (DP)	M (DP)
EDIs (total)		152,31 (44,35)	195,21 (62,16)***
1	Privação Emocional	7,95 (3,69)	11,92 (5,73)***
2	Abandono	10,47 (4,96)	13,85 (6,56)***
3	Desconfiança/Abuso	10,15 (4,43)	13,72 (5,81)***
4	Isolamento social/Alienação	9,63 (4,87)	13,15 (6,49)***
5	Defectividade e vergonha	7,04 (3,84)	10,14 (5,68)***
6	Fracasso	8,32 (4,78)	11,71 (6,66)***
7	Dependência/Incompetência	7,71 (3,12)	9,97 (4,86)***
8	Vulnerabilidade à danos ou doenças	9,77 (4,02)	12,79 (5,70)***
9	Emaranhamento	9,00 (3,38)	10,48 (4,80)**
10	Subjugação	8,31 (3,62)	11,74 (5,49)***
11	Auto sacrifício	13,48 (5,39)	15,78 (6,25)***
12	Inibição emocional	11,99 (5,37)	14,89 (6,69)**
13	Padrões inflexíveis/Crítica exagerada	15,13 (5,63)	16,69 (5,88)
14	Merecimento/Grandiosidade	11,58 (4,06)	13,52 (4,93)**
15	Auto controle/Auto disciplina insuficientes	11,17 (5,13)	14,67 (6,26)***
16	Busca de aprovação/Reconhecimento	11,96 (5,27)	14,80 (5,86)***
17	Negatividade/Pessimismo	10,98 (4,00)	15,10 (6,01)***
18	Caráter punitivo	9,60 (4,04)	12,17 (5,00)***

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão.

: $p < 0,01$; *: $p < 0,001$.

Conforme apresenta a tabela 15, com exceção de padrões inflexíveis/crítica exagerada que não apresentou significância, as médias do escore total de esquemas ($t(194)=5,56$, $p < 0,01$) e de todos os demais EIDs entre o grupo Sem e Com Estresse Precoce se diferenciam significativamente, apresentando médias mais altas no grupo composto por pessoas descritas Com Estresse Precoce, de forma destacada: Privação emocional ($t(195)=5,79$, $p < 0,001$), Negatividade/pessimismo ($t(197)=5,69$; $p < 0,001$), Desconfiança/abuso ($t(198)=4,88$, $p < 0,001$), Isolamento defectividade e vergonha ($t(198)=4,51$, $p < 0,001$), Vulnerabilidades a danos ou doenças ($t(198)=4,32$, $p < 0,001$), Subjugação ($t(198)=5,20$, $p < 0,001$), Merecimento/grandiosidade ($t(198)=4,31$, $p < 0,001$) e Auto controle/auto disciplina insuficientes ($t(198)=4,31$, $p < 0,001$).

Tabela 16. Correlações entre EIDs e EEPs total

		EEPs (Total)
		<i>r</i>
	EDIs (total)	0,43***
1	Privação Emocional	0,51***
2	Abandono	0,26***
3	Desconfiança/Abuso	0,38***
4	Isolamento social/Alienação	0,37***
5	Defectividade e vergonha	0,33***
6	Fracasso	0,31***
7	Dependência/Incompetência	0,29***
8	Vulnerabilidade à danos ou doenças	0,37***
9	Emaranhamento	0,23**
10	Subjugação	0,38***
11	Auto sacrifício	0,17*
12	Inibição emocional	0,28**
13	Padrões inflexíveis/Crítica exagerada	0,15*
14	Merecimento/Grandiosidade	0,28***
15	Auto controle/Auto disciplina insuficientes	0,33***
16	Busca de aprovação/Reconhecimento	0,29***
17	Negatividade/Pessimismo	0,43***
18	Caráter punitivo	0,29***

Nota. *r*: Correlação de Pearson;

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Como apresentado na tabela 16, observa-se correlação significativa positiva e moderada entre EEPs e o escore total de EIDs ($r=0,43$, $p < 0,001$), todos os demais Esquemas também apresentam correlação positiva fraca ou moderada com o escore total de EEPs, se destacando: Privação emocional ($r=0,51$, $p < 0,001$) e Negatividade/pessimismo ($r=0,43$, $p < 0,001$).

Tabela 17. Correlação entre EIDs e subtipos de EEPs

		EIDs (Total)
		<i>r</i>
	Abuso Emocional	0,47***
	Abuso Físico	0,20
	Abuso Sexual	0,30***
	Negligência Emocional	0,28***
	Negligência Física	0,28***

Nota. EIDs: Esquemas Iniciais Desadaptativos.

r: Correlação de Pearson.

Como descreve a Tabela 17, identifica-se correlação moderada e positiva unicamente entre EIDs e Abuso Emocional ($r= 0,47$, $p < 0,001$). As demais correlações são fracas e positivas, com exceção de Abuso físico, único subtipo que a correlação não apresentou significância.

Tabela 18. Distribuição dos EIDs de acordo com os subgrupos Sem e Com Sintomas Psiquiátricos

EIDs		Sem Sintomas Psiquiátricos n = 149 (75.3%) M (DP)	Com Sintomas Psiquiátricos n = 49 (24.7%) M (DP)
EDIs (total)		151,83 (38,90)	242 (53,00)***
1	Privação Emocional	8,28 (3,83)	15,14 (5,50)***
2	Abandono	10,85 (5,06)	16,33 (6,99)***
3	Desconfiança/Abuso	10,14 (4,08)	17,36 (6,90)***
4	Isolamento social/Alienação	9,46 (4,08)	17,42 (6,90)***
5	Defectividade e vergonha	6,83 (2,73)	14,04 (6,61)***
6	Fracasso	8,14 (3,91)	15,91 (7,48)***
7	Dependência/Incompetência	7,52 (2,76)	13,00 (5,20)***
8	Vulnerabilidade à danos ou doenças	9,90 (4,20)	15,63 (5,42)***
9	Emaranhamento	8,85 (3,23)	12,57 (5,45)***
10	Subjugação	8,60 (3,67)	14,48 (5,73)***
11	Auto sacrifício	13,48 (5,33)	18,14 (6,45)***
12	Inibição emocional	12,08 (5,38)	17,67 (6,85)***
13	Padrões inflexíveis/Crítica exagerada	14,64 (5,26)	19,93 (5,60)***
14	Merecimento/Grandiosidade	11,48 (3,95)	15,93 (4,91)***
15	Auto controle/Auto disciplina insuficientes	11,22 (4,73)	18,30 (6,22)***
16	Busca de aprovação/Reconhecimento	11,84 (4,76)	18,12 (6,02)***
17	Negatividade/Pessimismo	11,26 (4,15)	18,67 (5,36)***
18	Caráter punitivo	9,51 (3,40)	15,12 (5,58)***

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão.

***.p<0,001.

Conforme descreve a tabela 18, os EIDs apresentam-se de forma significativamente mais prevalentes na amostra caracterizada com Sintomas Psiquiátricos, incluindo o escore total dos esquemas ($t(192)=10,94$, $p<0,001$). Todos os demais EIDs apresentaram diferenças significativas, dentre os que apresentaram diferenças mais relevantes: Negatividade/pessimismo ($t(195)=8,28$, $p<0,001$), Desconfiança/abuso ($t(196)=8,25$, $p<0,001$), Privação emocional ($t(195)=8,10$, $p<0,001$), Padrões inflexíveis/crítica exagerada ($t(195)=8,10$, $p<0,001$), e Isolamento social/alienação ($t(196)=7,64$, $p<0,001$).

Tabela 19. Correlações entre EIDs e Sintomas Psiquiátricos

EIDs		Sintomas psiquiátricos (Total)
		<i>r</i>
EDIs (total)		0,81***
1	Privação Emocional	0,60***
2	Abandono	0,56***
3	Desconfiança/Abuso	0,72***
4	Isolamento social/Alienação	0,65***
5	Defectividade e vergonha	0,65***
6	Fracasso	0,57***
7	Dependência/Incompetência	0,58***
8	Vulnerabilidade à danos ou doenças	0,63***
9	Emaranhamento	0,46***
10	Subjugação	0,67***
11	Auto sacrifício	0,40***
12	Inibição emocional	0,46***
13	Padrões inflexíveis/Crítica exagerada	0,45***
14	Merecimento/Grandiosidade	0,56***
15	Auto controle/Auto disciplina insuficientes	0,66***
16	Busca de aprovação/Reconhecimento	0,58***
17	Negatividade/Pessimismo	0,72***
18	Caráter punitivo	0,62***

Nota. *r*: Correlação de Pearson;

***: $p < 0,001$.

Como pode ser observado na tabela 19, o escore total dos EIDs apresentam correlação forte e positiva com o escore total de Sintomas Psiquiátricos ($r=0,81$, $p < 0,001$), todos os demais esquemas apresentam correlação positiva e moderada com Sintomas Psiquiátricos, de forma destacada: Desconfiança/abuso ($r=0,72$, $p < 0,001$), Negatividade/pessimismo ($r=0,72$, $p < 0,001$), Auto controle/auto disciplina insuficientes ($r=0,66$, $p < 0,001$), Isolamento social/alienação ($r=0,65$, $p < 0,001$), e Defectividade e vergonha ($r=0,65$, $p < 0,001$).

Tabela 20. Correlação entre EIDs e sintomas psiquiátricos por transtorno mais prevalentes

Transtornos	EIDs (Total)
	<i>r</i>
TAG	0,71***
TP	0,43***
TOC	0,45***
Fobia social	0,49***
TEPT	0,54***
TDM	0,75***
Distímia	0,71***
Tr. P. Borderline	0,72***

Nota. *r*: Correlação de Pearson; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TP: Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo Compulsivo; TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático; TDM: Transtorno Depressivo Maior; Tr. P.: Transtorno de Personalidade;

***: $p < 0,001$.

Conforme descreve a Tabela 20, o escore total dos EIDs apresentam correlação positiva com todos os sintomas psiquiátricos selecionados, destacadamente o transtorno depressivo maior ($r=0,75$, $p<0,001$), transtorno de personalidade borderline ($r=0,72$, $p<0,001$) e o transtorno de ansiedade generalizada ($r=0,71$, $p<0,001$) que apresentam correlações fortes.

3.5. Caracterização da amostra de acordo com as dimensões de Temperamento e Caráter

A seguir serão apresentados escores referentes aos três fatores de Temperamento e quatro fatores de Caráter, inicialmente na população geral e posteriormente de acordo com a presença ou ausência de Estresse Precoce e conforme a presença ou ausência de Sintomas Psiquiátricos. Também serão apresentadas correlações de todos os fatores de Temperamento e Caráter com os escores totais de EEPs e Sintomas Psiquiátricos.

Tabela 21. Distribuição do ITC de acordo com Domínios de temperamento e caráter e seus fatores em toda a amostra

Fatores	M (DP)
Temperamento e Caráter	
T1 - Evitação de Danos	103,22 (17,18)
T2 - Busca de Novidades	97,90 (11,57)
T3 - Dependência de Recompensa	100,95 (14,87)
T4 - Persistência	111,98 (16,95)
C1 - Auto Direcionamento	137,20 (21,71)
C2 - Cooperatividade	137,56 (15,31)
C3 - Auto Transcendência	75,02 (15,03)

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão; T1: Temperamento, fator 1; T2: Temperamento, fator 2; T3: Temperamento, fator 3; T4: Temperamento, fator 4; C1: Caráter, fator 1; C2: Caráter, fator 2; C3: Caráter, fator 3; DP: Desvio Padrão

As médias ponderadas dos fatores de Temperamento e Caráter descritas na Tabela 21 apontam Cooperatividade como fator de Caráter com média mais alta ($M=137,56$, $DP=21,71$) e auto Transcendência como com média mais baixa ($M=75,02$, $DP=15,03$). Com relação a dimensão de Temperamento, o fator com maior média foi Persistência ($M=111,98$, $DP=16,95$) e Busca de novidades com média mais baixa ($M=97,90$, $DP=11,56$).

Tabela 22. Distribuição dos fatores de Temperamento e Caráter de acordo com os subgrupos Sem e Com Estresse Precoce

Fatores Temperamento e Caráter	Sem Estresse Precoce n = 100 (50.0%)	Com Estresse Precoce n = 100 (50.0%)
	M (DP)	M (DP)
T1 – Evitação de Danos	61,16 (9,28)	64,00 (11,34)
T2 – Busca de Novidade	55,44 (6,04)	56,47 (7,15)
T3 – Dependência de Recompensa	67,35 (8,13)	67,24 (11,57)
T4 – Persistência	64,76 (9,14)	63,16 (10,22)
C1 – Auto Direcionamento	71,84 (9,71)	65,17 (11,00)**
C2 – Cooperatividade	77,16 (7,54)	75,67 (9,37)
C3 – Auto Transcendência	56.31 (10.61)	59.19 (12.38)

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão.

** : $p < 0,01$.

As médias dos fatores de temperamento e caráter entre os grupos sem e com Estresse Precoce são descritas na Tabela 22, o único fator que apresentou diferenças significativas foi Auto direcionamento da dimensão Caráter ($t(181)=4,34$, $p < 0,01$), com média significativamente inferior no grupo com Estresse Precoce. Os demais fatores não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 23. Correlação entre fatores de Temperamento/Caráter e EEPs total e subtipos de Estresse Precoce

Fatores Temperamento e Caráter	EEPs (Total)	AE	AF	AS	NE	NF
<i>r</i>						
T1 – Evitação de Danos	0,20**	0,22**	-0,01	0,10	-0,21**	0,09
T2 – Busca de Novidade	0,02	0,31	0,36	-0,01	0,01	0,05
T3 – Dependência de Recompensa	-0,16*	0,49	0,05	-0,05	-0,29**	-0,19*
T4 – Persistência	-0,11	0,10	0,56	0,02	-0,26**	-0,01
C1 – Auto Direcionamento	-0,39**	-0,40**	-0,11	-0,18*	-0,31	-0,28**
C2 – Cooperatividade	-0,15*	-0,07	0,38	-0,01	-0,16*	-0,22**
C3 – Auto Transcendência	0,09	0,26**	0,16	0,03	-0,57	-0,05

Nota. *r*: Correlação de Pearson; AE: Abuso Emocional; AF: Abuso Físico; AS: Abuso Sexual; NE: Negligência Emocional; NF: Negligência Física.

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$.

Nas correlações apresentadas na Tabela 23 entre os fatores de Temperamento e Caráter e EEPs, dois fatores da dimensão temperamento apresentaram correlações fracas, Evitação de danos correlacionou-se de forma positiva ($r=0,20$, $p < 0,01$) e Dependência de recompensa de forma negativa ($r=0,16$, $p < 0,01$) com o escore total de Estressores Precoces. Na dimensão Caráter, os fatores Auto direcionamento ($r=-0,39$, $p < 0,01$) e Cooperatividade ($r=-0,15$, $p < 0,05$) apresentaram correlações fracas e negativas com Estressores Precoces. Com

relação aos subtipos de Estressores Precoces, negligência e Abuso Emocional e Negligência Física foram os que apresentaram maior número de correlação com os fatores de Temperamento e Caráter, Abuso Físico não apresentou correlação com nenhum subtipo de Estresse Precoces. Dentre os fatores de Temperamento e Caráter, o que apresentou maior quantidade de correlação foi Auto direcionamento, a correlação mais representativa foi moderada e negativa com Abuso Emocional ($r=-0,40$, $p<0,01$).

Tabela 24. Distribuição dos fatores de Temperamento e Caráter de acordo com os subgrupos Sem e Com sintomas psiquiátricos

Fatores Temperamento e Caráter	Sem sintomas psiquiátricos n = 149 (75,3%)	Com sintomas psiquiátricos n = 49 (24,7%)
	Média (DP)	Média (DP)
T1 – Evitação de Danos	60,37 (9,10)	68,73 (11,70)**
T2 – Busca de Novidades	55,79 (6,57)	56,27 (6,89)
T3 – Dependência de Recompensa	67,70 (9,11)	65,91 (12,04)
T4 – Persistência	64,81 (8,83)	61,51 (11,71)
C1 – Auto Direcionamento	72,10 (9,32)	58,04 (8,05)**
C2 – Cooperatividade	77,19 (8,27)	74,22 (9,05)
C3 – Auto Transcendência	57,80 (10,56)	57,97 (14,30)

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão.

**: $p<0,01$.

Como exposto na Tabela 24, as médias dos fatores de temperamento e caráter de acordo com a presença ou não de Sintomas Psiquiátricos apresentam diferenças significativas em dois fatores. Evitação de danos, da dimensão de Temperamento, apresentou escore médio superior no grupo com sintomas psiquiátricos ($t(179)=4,41$, $p<0,01$) e Auto direcionamento apresentou média inferior no grupo com Sintomas Psiquiátricos ($t(179)=9,80$, $p<0,01$).

Tabela 25. Correlação entre fatores de Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos

Fatores Temperamento e Caráter	Sintomas Psiquiátricos (Total)
	r
T1 – Evitação de Danos	0,49**
T2 – Busca de Novidades	0,10
T3 – Dependência de Recompensa	-0,09**
T4 – Persistência	-0,16**
C1 – Auto Direcionamento	-0,69**
C2 – Cooperatividade	-0,21**
C3 – Auto Transcendência	0,12

Nota. r: Correlação de Pearson.

**: $p<0,01$.

Na Tabela 25 são apresentadas as correlações entre os fatores de Temperamento e caráter e o escore total de sintomas psiquiátricos. O fator de Temperamento Evitação de danos apresenta correlação positiva e moderada com os sintomas psiquiátricos ($r=0,49$, $p<0,01$); dentre os demais fatores de Temperamento, Dependência de recompensa ($r=-0,09$, $p<0,01$) e Persistência ($r=-0,16$, $p<0,01$) apresentam correlação fraca e negativa. Na dimensão Caráter, observa-se correlação moderada e negativa entre o fator Auto direcionamento e os sintomas psiquiátricos ($r=-0,69$, $p<0,01$) e correlação fraca e negativa entre o fator Cooperatividade e sintomas psiquiátricos ($r=-0,21$, $p<0,01$).

3.6. Regressão Múltipla Hierárquica

Nesta seção serão apresentados os dados obtidos através de Regressão Múltipla Hierárquica realizada entre as variáveis Eventos Estressores Precoces (EEPs) (escore total), Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) (escore total) e Evitação de Danos (EDs) (escore total), todas assumidas como variáveis preditoras da variável Sintomas Psiquiátricos (escore total), adotada como variável de saída ou resultado. Foram selecionadas estas como variáveis preditoras por apresentarem correlação moderada ou forte com a variável de saída e por apresentarem fundamentação teórica que justifica sua realização. Com base nos resultados observados na Regressão identificou-se duas interações, que levaram a avaliação de dois modelos de mediação. Ambos os modelos adotaram EEPs como variável preditora e sintomas psiquiátricos como variável de saída. As variáveis mediadoras para cada modelo foram EDs e EIDs.

Tabela 26. Dados sumarizados da Análise de Regressão Múltipla Hierárquica para a sintomatologia psiquiátrica

Variáveis preditoras	Sintomas Psiquiátricos	
	R^2 (ajustado)	R^2 (Modificado)
1 (EDs)	0,26	0,25***
2 (EEPs)	0,38	0,14***
3 (EIDs)	0,69	0,31***

Nota. EDs: Evitação de Danos; EEPs: Eventos Estressores Precoces; EIDs: Esquemas Iniciais Desadaptativos.

***: $p<0,001$.

Conforme apresenta a tabela 26, as 3 variáveis preditoras selecionadas explicam significativamente os sintomas psiquiátricos, os EIDs 31%, EDs 25% e os EEPs 14%. Observa-se que os EIDs é a variável que exerce maior influência sobre a presença de sintomas psiquiátricos ($R^2=0,31$, $F(2, 161)=121,26$, $p<0,001$), seguida pela EDs ($R^2=0,25$, $F(1, 162)=54,78$, $p<0,001$) e EEPs ($R^2=0,14$, $F(2, 163)=50,23$, $p<0,001$). Em conjunto, todas as

três variáveis predizem 69% ($R^2=0,69$, $F(3, 161)=160,76$, $p<0,001$) dos sintomas psiquiátricos.

Tabela 27. Coeficientes da Análise de Regressão Múltipla Hierárquica para os sintomas psiquiátricos

Modelos	Sintomas Psiquiátricos		
	B	EP B	β
Constante	-24,89	8,07	
1 (EDs)	0,96	0,12	0,51***
Constante	-39,80	7,83	
2 (EDs)	0,81	0,11	0,44***
(EEPs)	0,57	0,10	0,36***
Constante	-34,94	5,55	
3 (EDs)	0,35	0,09	0,18***
(EEPs)	0,23	0,76	0,15**
(EIDs)	0,22	0,18	0,66***

Nota. $R=0,83$; $R^2=0,69$; $F(3, 161)=160,76$; $p<0,001$.

: $p<0,01$; *: $p<0,001$.

A tabela 27 apresenta os coeficientes obtidos através da Análise de Regressão para as variáveis preditoras em três etapas. No primeiro bloco a variável EDs apresenta coeficiente β de 0,51 ($t=7,40$, $p<0,001$). Ao se adicionar a variável EEPs ($\beta=0,36$, $t=5,98$, $p<0,001$) no bloco 2 percebe-se uma redução no coeficiente β referente a EDs que passa de 0,51 a 0,44 ($t=6,81$, $p<0,001$), resultado que sugere uma pequena interação entre as duas variáveis, porém, ambas continuam predizendo de forma igualmente significativa os Sintomas Psiquiátricos. No bloco 3, a inclusão da variável EIDs ($\beta=0,66$, $t=12,67$; $p<0,001$) leva a uma evidente redução nos coeficientes das variáveis EEPs ($\beta=0,15$, $t=3,35$, $p<0,01$) e EDs ($\beta=0,18$, $t=3,59$, $p<0,001$), neste caso, observa-se uma interação significativa entre as variáveis preditoras EDs e EEPs, a inclusão da variável EIDs leva a uma redução na expressão da variável EEPs, que tem seu coeficiente reduzido em relação ao observado no bloco dois ($\beta=0,36$, $t=3,26$, $p<0,01$), parte do poder preditivo dos EEPs é mediado pela presença dos EIDs, apesar de continuar sendo um preditor significativo de sintomas psiquiátricos, parte dele é melhor explicado pela presença dos EIDs. Os EIDs também exercem um efeito similar sobre a EDs ($\beta=0,18$, $t=3,59$, $p<0,001$), uma redução sensível em seu coeficiente no modelo três. Neste caso, a associação entre EDs e sintomas psiquiátricos é mediada pelos EIDs, parte dela sendo melhor explicada pela sua presença

3.6.1. Modelo de mediação EEPs, EDs e sintomas psiquiátricos

Em seguida serão apresentados os resultados obtidos através da avaliação de mediação entre as variáveis EEPs (preditora), EDs (mediadora) e sintomas psiquiátricos (resultado). Os

dados estatísticos se encontram representados na Figura 3 para melhor entendimento do processo.

Tabela 28. Modelo de mediação entre EEPs (variável preditora), EDs (variável mediadora) e Sintomas psiquiátricos (Variável de saída ou resultado)

Efeitos	R
Total (c)	0,73***
Direto (c')	0,60***
Indireto (a.b)	0,13***
Indireto/Total (a.b/c)	0,18***

Nota. Bootstrapping=5000 resamples (IC 95%);

***: $p < 0,001$

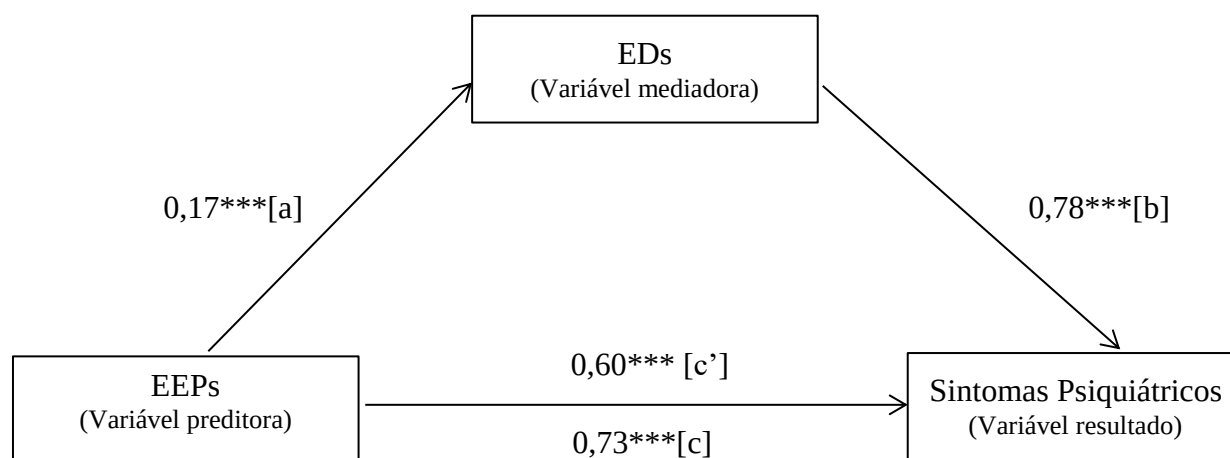


Figura 2. Representação do modelo de mediação entre EEPs, EDs e Sintomas Psiquiátricos

Os dados observados na Tabela 28 esclarecem e quantificam a mediação apontada pela Regressão Múltipla. O efeito direto (c') ($R=0,60$, $p<0,001$, $IC=0,4 - 0,7$) entre EEPs e sintomas psiquiátricos representa uma parte significativa do efeito total (c) ($R=0,73$, $p<0,01$, $IC=0,5 - 0,9$), o que é indicativo de uma mediação sutil exercida pela variável EDs. O efeito indireto (a.b) observado é realmente pequeno ($R=0,13$, $p<0,001$, $IC=0,01 - 0,2$), o que representa 18% do efeito total, em comparação com os 82% atribuídos ao efeito direto dos EEPs sobre os sintomas psiquiátricos, as duas variáveis predizem os sintomas psiquiátricos de forma relativamente independente, havendo pouca interação entre elas.

3.6.2. Modelo de mediação EEPs, EIDs e sintomas psiquiátricos

Em seguida serão descritos os resultados obtidos através da avaliação de mediação entre as variáveis EEPs (preditora), EIDs (mediadora) e sintomas psiquiátricos (resultado). Os dados estatísticos se encontram representados na Figura 4 para melhor entendimento do processo.

Tabela 29. Modelo de mediação entre EEPs (variável preditora), EIDs (variável mediadora) e Sintomas psiquiátricos (Variável de saída ou resultado)

Efeitos	R
Total (c)	0,72***
Direto (c')	0,23***
Indireto (a.b)	0,49***
Indireto/Total (a.b/c)	0,68***

Nota. Bootstrapping=5000 resamples (IC 95%)

***: $p < 0,001$.

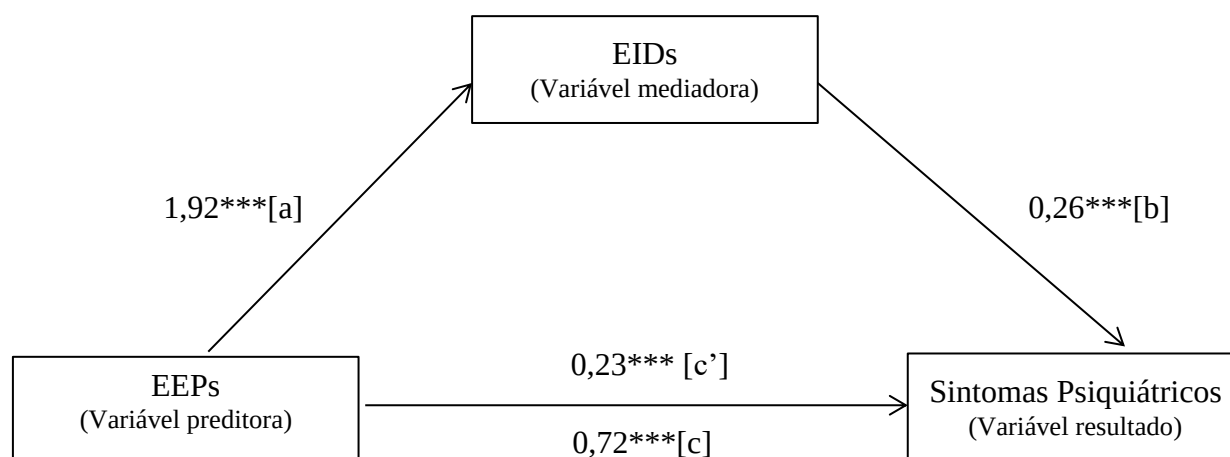


Figura 3. Representação do modelo de mediação entre EEPs, EID e Sintomas Psiquiátrico

Como pode se observar na Tabela 29 e Figura 4, o efeito direto (c') dos EEPs ($R=0,23$, $p < 0,001$, $IC=0,07 - 0,3$) sobre os sintomas psiquiátricos é menos de um terço do efeito total (c) obtido ($R=0,72$; $p < 0,001$, $IC=0,5 - 0,9$), o que confirma a existência de um evidente efeito de mediação entre as duas variáveis. Neste caso, a variável mediadora EIDs exerce um efeito indireto (a.b) ($R=0,49$; $p < 0,001$, $IC=0,3 - 0,7$) que explica duas vezes mais (68%) os sintomas psiquiátricos em comparação com os EEPs isolados (32%). Assim, a ocorrência de EEPs prediz de forma significativa o surgimento de sintomas psiquiátricos, entretanto quando a sua ocorrência está associada a existência de EIDs a possibilidade de desenvolvimento de sintomas psiquiátricos aumenta substancialmente.

4. DISCUSSÃO

As relações entre a presença de traumas na infância e emergência de Transtornos Mentais na idade adulta têm sido amplamente confirmadas por inúmeros estudos (Martins et al., 2011; Brietzke et al., 2012; C. P. Carr et al., 2013). Nestes se advoga que pessoas com histórico de Estresse Precoce desenvolvem vulnerabilidades específicas sendo mais susceptíveis a instabilidade emocional e desenvolvimento de transtornos mentais. Diversos autores justificam estas vulnerabilidades como estando associada à desregulação no funcionamento de estruturas neuroendócrinas responsáveis por ajustes no sistema de estresse (Lupien et al., 2009; Heim et al., 2010; Lai & Huang, 2011; Reynolds, 2013; Maniam et al., 2014). Esta desregulação ocorre devido a experiências de Estresse Precoce durante a infância, período sensível ao desenvolvimento de estruturas cerebrais responsáveis pelo funcionamento adequado desse sistema (McCrary et al., 2012; Herman, 2013; McLaughlin, Sheridan, & Lambert, 2014). Há significativa concordância com relação à influência desses fatores sobre a patofisiologia dos transtornos mentais, entretanto não existe correspondente compreensão com relação aos demais fatores que também podem estar relacionados a ocorrência de Estresse Precoce.

O objetivo principal do presente estudo foi investigar as relações existentes entre a ocorrência de Eventos Estressores Precoces na infância e adolescência com Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), características de Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos em adultos. Os resultados encontrados expõem importantes relações entre as variáveis investigadas, apontando presença significativamente maior de EIDs e sintomas psiquiátricos na parte da amostra caracterizada com histórico de EEPs; tendência similar também foi observada com relação a características de personalidade Temperamento e Caráter onde alguns de seus fatores se apresentaram modificados de acordo com a presença de EEPs. Além disso, a presença de EEPs prediz de forma significativa o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica na vida adulta. Entretanto, maior parte deste poder de predição está condicionada a outros elementos, como o fator de temperamento Evitação de Danos e, principalmente, a presença de EIDs, ambos atuando de forma mediadora entre os EEPs e os sintomas psiquiátricos.

4.1. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Estresse Precoce

A prevalência de Estresse Precoce em 50% da amostra deste estudo reflete como este é um fenômeno comum e bastante difundido na sociedade. Resultados semelhantes são

recorrentemente obtidos em outras investigações, dados epidemiológicos têm apontado que o Estresse Precoce é um fenômeno frequente nos mais variados países, sejam eles desenvolvidos ou subdesenvolvidos (Kessler et al., 2010). O Estresse Precoce também é considerado um problema social complexo e de amplo alcance, não respeitando barreiras socioeconômicas ou educacionais. Segundo relatório baseado em informações de 133 países publicado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), estima-se que um quarto de todos os adultos relatou ter sido vítima de alguma forma de abuso quando crianças; entre as mulheres, um quinto afirmou ter sido sexualmente abusada.

Mesmo os Estressores Precoces se apresentando como uma problemática presente de forma indiscriminada em diversas sociedades, parece haver diferenças na prevalência de subtipos específicos de Estresse Precoce de acordo com aspectos econômicos e geográficos. Identificou-se que a Europa e Ásia apresentaram prevalência mais baixa de Estresse Precoce, de acordo com o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ), dentre todos os continentes, a América do Sul foi o que apresentou as maiores estimativas de presença de Estresse Precoce. Os países com alta renda *per capita* também apresentaram menores estimativas de Negligência física em comparação com países de baixa renda. Os resultados são compreendidos como indicativos da possível influência de fatores geográficos e econômicos sobre variações das estimativas de maus-tratos durante a infância ao redor do mundo (Viola et al., 2016).

Apesar dos números expressivos obtidos por diversos estudos com relação a prevalência de Estresse Precoce, ressalte-se que boa parte dos traumas ocorridos na infância são sub notificados, não se sabendo então a real amplitude do problema (WHO, 2014). Sugere-se que algumas formas de abuso, geralmente as mais comuns, ocorrem com mais frequência e são bastante difundidas, muitas vezes sendo utilizadas como meios de castigo e educação tidos como autênticos e eficazes. Abuso e negligência física e emocional, por exemplo, são aceitos em muitas sociedades como formas de punição adequadas, sendo utilizados por pais e cuidadores, reforçados socialmente e muitas vezes justificados como formas legítimas de disciplina (WHO, 2006).

4.2. Avaliação das médias de Estresse Precoce total e por subtipo entre os grupos com e sem Estresse Precoce

Após a amostra ser dividida com relação a presença ou não de Estresse Precoce observou-se que os escore total do Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) apresentou diferença significativa entre os grupos, o mesmo resultado foi observado na comparação entre

todos os subtipos de Estresse Precoce: Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional e Negligência Física. Os subtipos identificados como mais prevalentes na amostra foram Abuso emocional e Negligência Emocional.

Apesar dos Abusos Sexual e Físico serem os mais amplamente investigados na literatura (Martins et al., 2011; C. P. Carr et al., 2013), estudos mais recentes que buscam explorar a presença de mais de um subtipo de Estresse Precoce tem identificado que Abuso e Negligência emocional são os Estressores Precoces mais frequentes em populações não-clínicas (Barbosa et al., 2014; Dias, Sales, Hessen, & Kleber, 2015) e em populações clínicas (Martins, Von Werne Baes, Tofoli, & Juruena, 2014).

Alguns fatores podem estar relacionados com a maior prevalência destes subtipos de Estresse Precoce, a exemplo da forma como estes eventos são percebidos socialmente, por não deixarem marcas e seus efeitos não serem vistos fisicamente, podem passar despercebido e acabar resultando na sua continuidade e desenrolar insidioso e permanente. Além disso, por aparentemente não serem nocivos, também não são devidamente tratados. Outro fator possivelmente influente é a aceitação pelas pessoas em geral de que Abuso e Negligência Emocional não exercem ou exercem pouco impacto negativo sobre suas vítimas em comparação com as outras formas de abuso e negligência (Egeland, 2009; Hornor, 2012; Michael P. Hengartner et al., 2014).

O Abuso Emocional é definido como qualquer tipo de conduta que possa afetar o bem estar moral, espiritual ou social da criança. Incluindo atos como culpar, amedrontar, depreciar, ameaçar, ridicularizar e outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil. Negligência emocional ocorre quando os cuidadores falham em prover condições emocionais e psicológicas básicas necessárias ao desenvolvimento da criança; como amor, carinho, segurança, atenção, motivação e suporte emocional e social adequados (Bernstein et al., 2003). A presença desses subtipos de EEPs podem levar a criança a estruturar uma imagem dela mesma como inútil, fracassada, não digna de ser amada ou cuidada, dentre inúmeros outros danos (Glaser, 2002).

Com relação a quantidade de subtipos de Estresse Precoce, foi identificada neste estudo a presença de mais de um subtipo em mais da metade da amostra com histórico de Estresse Precoce. A co ocorrência de múltiplos subtipos de Estresse Precoce é muito comum e bastante notificada em estudos que investigam formas variadas de traumas na infância (Chartier, Walker, & Naimark, 2010). Geralmente co ocorrência de abuso e negligência tendem a impactar de forma direta sobre a gravidade dos sintomas psiquiátricos (Hahm, Lee, Ozonoff, & Van Wert, 2010).

4.3. Avaliação de sintomas psiquiátricos entre os grupos com e sem Estresse Precoce

No que diz respeito a sintomatologia psiquiátrica presente na amostra, observou-se que cerca de aproximadamente um quarto do seu total apresentou sintomas psiquiátricos para algum transtorno mental. Quando comparados, os grupos com e sem sintomas psiquiátricos apresentaram diferenças significativas para o escore total, somatório de todos os escores obtidos por cada TM e individualmente em quase todos os sintomas associados aos transtornos investigados. Os sintomas mais frequentemente identificados foram os Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia social, Distímia, Transtorno de Estresse Pós traumático e Transtorno de Personalidade Borderline.

Sobre a incidência comparativa de sintomas psiquiátricos entre os grupos com e sem Estresse Precoce, identificou-se diferenças significativas com relação ao escore total de sintomas psiquiátricos e aos sintomas psiquiátricos relacionados a todos os demais transtornos. Os resultados são evidentes quanto a maior prevalência de sintomas psiquiátricos na amostra que apresenta Estresse Precoce. Além disso, também se identificou correlação positiva e moderada entre os escores totais de sintomas psiquiátricos e EEPs e entre todos os demais subtipos de Estresse Precoce, com exceção de abuso físico. Estes resultados reiteram um dos achados mais amplamente notificados neste campo de estudos que relaciona a presença de EEPs como estando associada a uma maior presença de sintomas psiquiátricos e transtornos mentais (Kessler et al., 2010; Martins et al., 2011; C. P. Carr et al., 2013).

Com base em abrangente revisão sistemática, Martins et al. (2011) expõem que a ocorrência de EEPs está intimamente associada com transtornos mentais. Associação positiva dessa natureza foi encontrada em 94% dos artigos analisados. A maioria dos estudos estabelecia relação principalmente com transtornos ansiosos, de humor, por uso de substâncias e de personalidade. Com objetivo similar, Carr et al. (2013) a partir de revisão sistemática objetivando identificar relações específicas entre subtipos de Estressores Precoces e Transtornos mentais, identificaram que Abuso Sexual, Abuso Físico e negligência inespecífica estão mais associadas a transtornos de humor e transtornos ansiosos; por outro lado, Abuso Emocional se apresentou como mais associado a transtornos de personalidade e esquizofrenia. Os autores defendem que possivelmente estes resultados sejam motivados por efeitos distintos que cada subtipo de Estresse Precoce exerça sobre o desenvolvimento de estruturas cerebrais.

O presente estudo obteve resultados similares aos descritos acima na relação identificada entre Estresse Precoce e sintomas psiquiátricos, havendo maior identificação de

sintomas relacionados aos transtornos ansiosos (TAG, Fobia social, TOC e TEPT), Transtornos de humor (Transtorno Depressivo Maior e Distímia) e para o transtorno de personalidade Borderline no grupo caracterizado com Estresse Precoce.

No caso dos transtornos ansiosos e transtorno de humor, esta aparente maior relação com Estresse Precoce identificada neste e em diversos outros estudos é recorrentemente atribuída a um funcionamento desregulado do eixo Hipotalâmico Hipofisário adrenal (HPA). Maniam et al. (2014) defendem esta compressão e sugerem que Estressores Precoce levam a uma hiper responsividade prolongada do eixo HPA culminando na liberação excessiva de glicocorticóides, levando a uma maior presença de sintomas ansioso e associados ao humor.

Tofoli, Baes, Martins, & Juruena (2011) reiteram que a hiperatividade do eixo HPA deve-se a falhas na capacidade dos glicocorticóides circundantes exercerem *feedback* negativo sob a secreção de hormônios do eixo HPA através da ligação com receptores para glicocorticóides e mineralocorticoides, com expressão diminuída devido a ocorrência de Estresse Precoce. Chocyk, Majcher-Maślanka, Dudys, Przyborowska, & Wędzony, (2013) propõem que, associado a hiperativação do eixo HPA, há também funcionamento hipotativo do córtex pré frontal medial, atribuído a alterações em sua estrutura devido a presença de Estressores Precoces em período sensível de seu desenvolvimento, o que levaria a mudanças neuroestruturais e funcionais nesta e em outras estruturas responsáveis por exercer efeito inibitório sobre o eixo HPA, resultando na presença de sintomas ansiosos e associados ao humor (Teicher & Samson, 2013).

A relação Transtorno de personalidade Borderline e Estressores Precoces é uma das mais investigadas e identificadas. Pessoas que sofreram Estressores Precoces tendem a apresentar sintomas característicos de diversos transtornos de personalidade, sobretudo do borderline (Grover et al., 2007). Huang et al. (2012) afirmam que pessoas com transtorno de personalidade borderline relatam significativamente maior incidência de abuso físico, emocional e, principalmente, sexual em comparação com pacientes com outros transtornos de personalidade. Zanarini et al. (2002) sugerem que a co ocorrência e severidade do Estresse Precoce, independente de sua modalidade, também exercem importante impacto sobre severidade sintomática e funcionamento psicossocial em indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline.

Apesar do abuso sexual ser descrito tradicionalmente como o subtipo de Estresse Precoce mais prevalente em pessoas com transtorno de personalidade borderline, estudos recentes tem apontado efeito independente importante do abuso emocional (C. P. Carr et al., 2013). Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick, & Goodwill (2015) identificam que o abuso

emocional apresenta associação diferenciada com a severidade sintomática em pessoas com características borderlines, reiteram que o abuso emocional pode ser um ingrediente crítico responsável por sintomas específicos desta população, como a dificuldade generalizada associada a regulação emocional.

A relação entre EEPs e transtorno de personalidade borderline se apresenta de forma tão estreita que alguns autores defendem que o mesmo deveria ser considerado um transtorno na mesma categoria do Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), inclusive sugerem a denominação ‘Transtorno do Estresse Pós Traumático Complexo’. Esta compreensão estaria fundamentada principalmente na sobreposição sintomática entre as duas condições, taxas de diagnóstico comorbido, e a prevalência de Estresse Precoce em pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (Classen, Pain, Field, & Woods, 2006; K. L. Lewis & Grenyer, 2009; Scheiderer, Wood, & Trull, 2015).

No que diz respeito à correlação entre os subtipos de Estresse Precoce e sintomas psiquiátricos na amostra, abuso emocional foi o que apresentou correlação mais significativa, seguido por negligência emocional. Dados similares relacionados ao impacto diferencial do abuso emocional em comparação as outras formas de Estresse Precoce sobre o desenvolvimento de Transtornos Mentais tem sido notificado em diversos estudos. Em comparação ao efeito preditor sobre os sintomas psiquiátricos por parte dos abusos físico, sexual e emocional, e negligência emocional e física, Dias et al. (2015) observa que o abuso emocional foi o preditor mais significativo de sintomas psiquiátricos, especialmente com relação a ideação Paranóide, Depressão, sensibilidade interpessoal e Psicose. Martins et al. (2014) também identifica efeito diferenciado do abuso emocional comparado as outras formas de Estresse Precoce sobre a severidade de sintomas psiquiátricos relacionados a depressão, desesperança, ideação suicida, ansiedade e impulsividade. Miniati et al. (2010) reporta que a depressão em paciente com histórico de abuso emocional apresenta-se com características distintas, dentre elas, pobre resposta ao tratamento e maior severidade de sintomas neurovegetativos e psicomotor.

Apesar de atualmente haver amplo conhecimento acerca dos muitos prejuízos associados ao abuso físico e sexual, o abuso emocional ainda não é visto como um problema social grave. Segundo Hornor (2012), este pode ser um sério problema, pois abuso emocional tem sido apontado como sendo a forma mais prevalente de abuso infantil, mas permanece sendo a menos relatada e investigada.

4.4. Caracterização da amostra de acordo com a presença de Esquemas Iniciais Desadaptativos

Os resultados da amostra geral relacionados à presença média dos esquemas apontam escores típicos de uma população não clínica. O escore total de EIDs e os Esquemas individualmente apresentaram médias abaixo das obtidas por populações clínicas diagnosticadas com algum Transtorno Mental (Rijkeboer, van den Bergh, & van den Bout, 2005; Rijkeboer & Bergh, 2006). Entretanto, é importante ressaltar que os esquemas são constructos dimensionais que variam dentro de um contínuo entre populações não clínicas e clínicas, o próprio Young et al. (2008) enfatiza que os esquemas também estão presentes em populações não clínicas, porém adquirem um formato mais rígido, extremo e prejudicial em pessoas com sintomas psiquiátricos.

Os EIDs que apresentaram médias mais significativas na amostra geral foram: Padrões inflexíveis/Crítica exagerada, Auto sacrifício, inibição emocional, Busca de aprovação/Reconhecimento, e Negatividade/Pessimismo. A maioria dos esquemas citados são caracterizados como condicionais, assim descritos por possibilitarem esperança de mudança quando algumas regras são atendidas ou alcançadas. Os demais esquemas são descritos como incondicionais, pois assumem o *status* de verdade plena onde o esquema simplesmente é, não possibilitando escapatória perceptível para aqueles que os desenvolveram em níveis clínicos. Acredita-se que os EIDs incondicionais tenham suas origens a partir de relações parentais nocivas e possíveis eventos traumáticos na infância, já os EIDs condicionais surgiriam mais tardiamente nas relações com outras figuras menos importantes (Young et al., 2008). Entretanto, o desenvolvimento de EIDs condicionais tem sido apontado também como estando associado a Estressores Precoces, indicio de que em alguns casos pode não haver distinção com relação às origens dos EIDs condicionais e incondicionais (McCarthy & Lumley, 2012).

4.5. Esquemas Iniciais Desadaptativos e Estresse Precoces

Quando a presença dos EIDs foi comparada entre os grupos com Estresse Precoces e sem Estresse Precoces, observou-se uma prevalência significativamente maior de EIDs no grupo com Estresse Precoces para o escore total dos EIDs e também para todos os Esquemas individualmente, com exceção de Padrões inflexíveis/Crítica exagerada. Os EIDs que apresentaram diferenças mais evidentes foram Privação emocional, Negatividade e Pessimismo, Desconfiança/Abuso, Defectividade e vergonha, Vulnerabilidades a danos ou doenças e Subjugação. As correlações entre o escore total de Estresse Precoces e todos os

EIDs também foram significativas, se destacando as observadas entre o escore total de EEPs e de EIDs, e entre EEPs e Privação emocional, e EEPs e negatividade e Pessimismo. As correlações entre os subtipos de EEPs e o escore total de EIDs foram significativas para todos os subtipos de Estresse Precoce, com exceção de Abuso Físico. O subtipo com correlação mais evidenciada com EIDs foi Abuso Emocional.

Segundo Young et al. (2008), um dos fatores determinantes para o desenvolvimento de EIDs é a presença de experiências nocivas na infância, dentre elas a presença de trauma emerge como potencialmente influentes neste sentido; assim, a maior prevalência de EIDs no grupo descrito com Estresse Precoce identificada nestes estudo é congruente com esta compreensão de base da Teoria do Esquema.

Lumley & Harkness, (2007) investigando a relação de Abuso Emocional, Físico e Sexual com EIDs e sintomas ansiosos e anedonia, identificaram significativa correlação entre todas as formas de Abuso e EIDs e perceberam que Esquemas específicos são importantes mediadores de sintomas específicos. Os esquemas que possuem temas associados a perigo mediam a relação dos traumas com sintomas de ansiedade e os Esquemas com temas de fracasso ou desvalor preferencialmente mediam a relação entre os traumas e altos níveis de sintomas de anedonia característicos da depressão.

Roemmele & Messman-Moore, (2011) também identificam forte relação entre Abuso Emocional, Físico e Sexual e EIDs, principalmente os categorizados nos domínios de Desconexão/Rejeição e Direcionamento para o outro, observam que estes esquemas exercem um significativo efeito mediador entre a presença de traumas na infância e comportamentos sexuais de risco na vida adulta. Os Esquemas que se apresentaram como mais importantes nesse sentido foram Defectividade/Vergonha e Abandono, mais intimamente associados a comportamentos de riscos e números de parceiros sexuais/amorosos. Os autores sugerem que a presença destes Esquemas específicos pode estar associado a necessidade de se aumentar o senso de auto estima ou reduzir o medo de abandono, particularmente por um parceiro em uma relação estável.

Specht, Chapman, & Cellucci, (2009) investigando a relação entre Abuso Emocional, Físico e Sexual e negligência com EIDs e sintomas característicos do Transtorno de Personalidade Borderline em mulheres, identificam que o escore total de Estresse Precoce se correlaciona fortemente com todos os domínios de EIDs, sobretudo com o Domínio de Desconexão e Rejeição e Limites prejudicados, que também se apresentaram como fortes preditores de diversos sintomas do transtorno de Personalidade Borderline.

Apesar da relação recorrentemente observada entre todos os tipos de Estresse Precoce e EIDs, diversos estudos tem observado nos últimos anos que o Abuso Emocional é a forma de Estresse Precoce que se apresenta mais fortemente relacionada com os EIDs, dado similar ao obtido no presente estudo. McGinn, Cukor, & Sanderson, (2005) investigando o efeito mediador dos EIDs entre estilo parental e Ansiedade e Depressão, identificaram que Abuso Emocional apresentou correlação significativa com diferentes domínios de Esquema, principalmente com Desconexão e Rejeição. Wright, Crawford, & Del Castillo, (2009) em estudo voltado a avaliar o efeito mediador dos EIDs entre Abuso e Negligência Emocional e sintomas psiquiátricos identificam que ambas as formas de Estresse Precoce emergem como fortes preditores de sintomas ansiosos e de depressão que são mediados pelos EIDs, principalmente Defectividade/Vergonha, vulnerabilidade a danos e Auto sacrifício.

McCarthy & Lumley, (2012) observam a partir de uma amostra de adolescentes que o Abuso Emocional quando realizado pelas figuras parentais tem um impacto indiferenciado sobre o desenvolvimento de EIDs condicionais e incondicionais em comparação com Abuso emocional causado por pares ou outras figuras. Entretanto, Calvete, (2014) obtem resultados onde o Abuso Emocional cometido por pares (*bullying*) é um fator preditivo de agravamento dos EIDs incondicionais. A autora reitera que a identificação deste efeito é importante, pois sugere que a vitimização sofrida na adolescência pelos pares é crucial para o desenvolvimento de EIDs. Como consequência do *bullying* o adolescente pode desenvolver esquemas envolvendo pensamentos e sentimentos de ser rejeitado e abusado por outros (Desconexão/Rejeição), sentir-se defeituoso em alguma dimensão (Desconexão/Rejeição), sentir-se vulnerável e falho (Autonomia e desempenho prejudicados) e tentar satisfazer o desejo dos outros numa tentativa de ser aceito (Direcionamento para o outro) evitando o *bullying*.

Apesar do abuso emocional ser uma das formas menos investigadas de Estresse Precoce em comparação as outras modalidades, a internalização deste tipo de experiência pode ser tão ou mais prejudicial que as demais e exercer impacto diferenciado sobre a estruturação de modelos desadaptativos de *self* e do *self* em relação aos outros (Wright et al., 2009), levando ao desenvolvimento de fortes sentimentos de que a pessoa é inútil, não amada, falha, indesejada e com seu valor condicionado ao cumprimento das necessidades de outros (Glaser, 2011). Em outras palavras, a internalização do Abuso Emocional sofrido pode impactar de forma singular sobre o desenvolvimento de crenças e Esquemas disfuncionais sobre si mesmo e os outros, levando a uma maior vulnerabilidade sobre o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos (Lumley & Harkness, 2007).

Desta forma, compreende-se então a motivação dos EIDs se apresentarem de forma diferenciada em pessoas que sofreram algum tipo de Abuso Emocional, em comparação com outras categorias de Abuso e Negligência. Neste sentido, Specht et al., (2009) chegam a propor que a tradicional associação diferenciada entre Abuso Sexual e a presença de Transtornos Mentais seja mediada significativamente pelo impacto emocional do evento sobre o estabelecimento de EIDs. Neste sentido, seria o impacto emocional do abuso sexual que levaria ao desenvolvimento de EIDs culminando no desenvolvimento de Transtornos Mentais. Glaser, (2011), enfatiza que Abuso sexual, Físico e Emocional devem ser categorizados de formas distintas, entretanto, todos possuem intrinsecamente o potencial de gerar danos emocionais profundos.

Young et al. (2008 p. 22), descrevem os EIDs como “padrões cognitivos amplos e difusos, compostos por memórias, emoções e sensações corporais, adquiridos em períodos remotos do desenvolvimento, elaborados ao longo da vida e disfuncionais em nível significativo”, e propõem que estes EIDs podem ser estabelecidos em momentos traumáticos de significativo teor emocional experienciados durante a infância. Estas experiências seriam armazenadas em um sistema de memória de longo prazo e gradativamente iriam adquirindo um formato de esquema composto por diversas informações congruentes com as vivenciadas na infância.

Dentre as memórias mais importantes para a constituição dos esquemas propostos por Young (2008), acredita-se que as relacionadas a eventos autobiográficos sejam das mais relevantes, uma vez que exercem impacto direto sobre a constituição do conhecimento relacionado ao *self* (M. A. Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Martin A. Conway, 2005). Embora este tipo de conhecimento possa ser independente de memórias episódicas, as memórias episódicas e as memórias autobiográficas com características semânticas exercem um papel decisivo em estabilizar e manter um conceito do *self* coerente e estável (Prebble et al., 2013).

Esta compreensão relacionada aos mecanismos que subjazem a constituição do *self* auxiliam na compreensão de como os EEPs podem exercer impacto na estruturação e perpetuação dos EIDs. Eventos nocivos ocorridos na infância seriam utilizados como importantes fontes de informação para estruturar o auto conceito da criança. Quando este processo ocorre mediado por episódios contínuos de abuso e negligência, existe grande possibilidade que se constituam de determinada maneira que apresentem desadaptação posteriormente em uma ampla gama de situações. As características comuns ao tipo de processamento de informação orientado pelos EIDs os levariam também a buscar

seletivamente adicionar ao seu conteúdo informações que lhe são congruentes, tendendo assim a se auto perpetuar (Beck & Haigh, 2014; Lim & Kim, 2005).

Neste estudo os EIDs mais presentes no grupo descrito Com Estresse Precoce incluem conteúdos de que as outras pessoas são instáveis e indignas de confiança (Abandono/instabilidade); irão lhe machucar, magoar, humilhar e manipular (Desconfiança/Abuso); que nunca receberão apoio emocional adequado dos outros (Privação emocional); que é necessário cumprir as necessidades emocionais dos outros em detrimentos das suas (Auto sacrifício); que é necessário obter aprovação e reconhecimento de outras pessoas, condição adotada como necessária para se ter um *self* seguro (Busca de aprovação/reconhecimento), dentre outros (Young et al., 2008).

É possível identificar também que os esquemas mais impactados pelos EEPs pertencem aos domínios 1 e 4, Desconexão e Rejeição e Direcionamento para o outro, respectivamente. Pacientes descritos com esquemas no domínio de Desconexão e rejeição são caracterizadas como apresentando dificuldades significativas em formar vínculos seguros e satisfatórios com outros, acreditam que não terão suas necessidades de segurança, apoio, amor e estabilidade atendidas. O domínio Direcionamento para o outro caracteriza pacientes que enfatizam excessivamente as necessidades e desejos das outras pessoas em detrimento das suas próprias, fazem isso em busca de aprovação, conexão emocional com os outros como meio de evitar represálias (Young et al., 2008).

Apesar da relação observada entre EEPs e EIDs, é importante compreender que tão determinante quanto o EEP será a forma como ele foi interpretado e a maneira como o evento foi consolidado na memória e revivido a partir de então. Lewis, (2014) alerta que nossas memórias são construções, mesmo quando Estresse Precoce efetivamente ocorrem pode haver grande diferença entre ‘o que realmente ocorreu’ em comparação com como ‘o que realmente ocorreu foi interpretado’. Diferenças individuais não afetam apenas a forma como uma criança responde a um determinado evento, afeta também a natureza como o evento é consolidado na memória.

4.6. Esquemas Iniciais Desadaptativos e sintomas psiquiátricos

Os resultados que correspondem à relação entre EIDs e sintomas psiquiátricos apontam diferenças significativas entre todos os EIDs e o escore total de sintomas psiquiátricos, onde o grupo caracterizado com sintomas psiquiátricos apresentam médias no YSQ (Questionário de Esquemas de Young) significativamente maiores em comparação com o grupo sem sintomas psiquiátricos. A diferença mais evidente ocorre entre o escore total de

EIDs e o escore total de sintomas psiquiátricos. Os EIDs que se apresentaram mais distintos entre os dois grupos são: Negatividade/Pessimismo, Desconfiança/Abuso, Privação emocional, Padrões inflexíveis/Crítica exagerada e Isolamento social/Alienação.

As correlações também apresentaram a mesma tendência. O escore total de EIDs e sintomas psiquiátricos apresentaram correlação forte e positiva, da mesma maneira todos os demais EIDs se correlacionaram moderadamente e de forma positiva com o escore total de sintomas psiquiátricos. Os Sintomas Psiquiátricos relacionados ao Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno de Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada foram os que apresentaram maior correlação com os EIDs.

A prevalência diferenciada de EIDs em populações clínicas diversas é um dado recorrente na literatura. Estudos indicam sua maior prevalência em pessoas com Transtornos de Personalidade Borderline (Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013) e demais Transtornos de Personalidade (Petrocelli, Glaser, Calhoun, & Campbell, 2001; Skewes, Samson, Simpson, & van Vreeswijk, 2015), Depressão (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, & Huibers, 2012; Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael, & Huibers, 2015), Transtorno Bipolar de Humor (Lisa D Hawke, 2012; K. K. Nilsson, Nielsen Straarup, & Halvorsen, 2014), Fobia social (Esther Calvete, Orue, & Hankin, 2013), Transtorno Obsessivo Compulsivo (Kim, Lee, & Lee, 2014; Wilhelm, Berman, Keshaviah, Schwartz, & Steketee, 2015) Transtornos alimentares (Unoka, Tölgyes, & Czobor, 2007; Pugh, 2015), Abuso de substâncias (Shorey, Anderson, & Stuart, 2013; Shorey, Stuart, & Anderson, 2014), Dor crônica (Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2011), dentre outros.

A Terapia do Esquema foi proposta inicialmente como alternativa psicoterápica para tratar transtornos crônicos, que apresentavam resistência a melhora e altas taxas de recidiva, a exemplo do Transtorno de Personalidade Borderline caracterizado por significativa instabilidade emocional e marcado por recaídas constantes (Young et al., 2008). O Transtorno de Personalidade Borderline tem sido descrito em diversos estudos como a condição psiquiátrica que costuma apresentar as maiores pontuações no Questionário de Esquemas de Young (YSQ) em quase todos os EIDs (Sempértegui et al., 2013), inclusive quando comparado ao Transtorno Bipolar, transtorno grave e caracterizado por significativa cronicidade (A. K. K. Nilsson, Jørgensen, Straarup, & Licht, 2010). O Transtorno Bipolar de Humor também é descrito como apresentando pontuações diferenciadas no YSQ em relação a outros transtornos, a exemplo da Depressão (K. K. Nilsson et al., 2014). Apesar de maior prevalência em Transtornos de Personalidade e transtornos Crônicos, os EIDs também podem estar presentes nos demais transtornos, sobretudo quando comparado a populações não

clínicas, como é caso dos resultados apresentados neste estudo (Esther Calvete et al., 2013; Renner et al., 2012).

Comparando os resultados discutidos até o presente momento relacionado as associações observadas entre EEPs, EIDs e sintomas psiquiátricos, é possível observar que há uma relação bem mais forte entre EIDs e sintomas psiquiátricos em comparação com a relação EEPs e sintomas psiquiátricos. Aparentemente, a presença de EIDs está associada a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, quando comparada a EEPs. Neste sentido é importante ressaltar que a presença de EEPs não levará automaticamente ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, devendo-se considerar o impacto emocional percebido do Estresse Precoce pela criança (Glaser, 2011; Specht et al., 2009) e a forma como este evento foi internalizado, consolidado na memória e revivido a partir daí (M. Lewis, 2014). Todos estes aspectos são influenciados por outros fatores, a exemplo de características de personalidade específicas, como o temperamento emocional (Stenbæk et al., 2014).

4.7. Temperamento e Caráter e Estresse Precoce

No que diz respeito a distribuição média dos fatores de temperamento e caráter nos grupos categorizados com e sem Estresse Precoce, observa-se diferença significativa unicamente no fator de caráter auto direcionamento. Identificou-se também correlação positiva de fraca intensidade entre o escore total de Estresse Precoce e o fator de temperamento evitação de danos e correlação negativa de fraca intensidade entre o fator de temperamento dependência de recompensa e nos fatores de caráter auto direcionamento e cooperatividade. As correlações por subtipo de Estresse Precoce apontam abuso e negligência emocional como os que apresentam maior número de correlações com os fatores de temperamento e caráter. A associação mais forte foi identificada entre EEPs total e Auto direcionamento.

A diferença observada entre os grupos com e sem Estresse Precoce com relação ao fator de Caráter Auto direcionamento e a correlação negativa entre as variáveis Auto Direcionamento e Cooperatividade e Estresse Precoce vem sendo identificado em outros estudos. Rademaker, Vermetten, Geuze, Mulder, & Kleber, (2008) a partir de uma mostra composta por 235 militares, observaram que a presença de traumas em geral e, especificamente, o subtipo Abuso Emocional estão associados com baixos escores em Auto direcionamento e Cooperatividade. De Carvalho et al., (2014) obtém resultados similares em ampla amostra de 12.225 voluntários, onde o fator Auto Direcionamento apresentou-se como

fortemente associada a traumas em geral e, particularmente, Abuso e Negligência Emocional. Associação similar, porém moderada foi encontrada entre Abuso e Negligência Emocional e Cooperatividade.

É importante salientar que Auto Direcionamento é descrito como sendo o primeiro fator de caráter a se estruturar durante o desenvolvimento da personalidade, por isso é considerado como o mais relevante fator deste domínio e o que costuma se apresentar mais prejudicado em pessoas com Estresse Precoce e com transtornos mentais. Auto direcionamento refere-se a auto determinação e “força de vontade”, a capacidade de um indivíduo de controlar, regular, e adaptar comportamentos ajustando-se a cada situação de acordo com seus objetivos, escolhas e valores; pessoas auto direcionadas são descritas como maduras, fortes, auto suficientes e responsáveis, confiáveis, orientadas a objetivos e possuem boa auto estima e auto confiança. Em contraste, indivíduos com pouco Auto Direcionamento são descritos como imaturos, frágeis, ineficazes, irresponsáveis, instáveis, e quando não recebem suporte de alguém sentem-se perdidos. Este fator de Caráter é formado através de experiência e aprendizagens sociais e se organizam como esquemas cognitivos compostos por conhecimentos adaptativos sobre si mesmos e sobre os outros (C. R. Cloninger et al., 1993; C. R. Cloninger et al., 1997).

Diferente das mudanças marcantes observadas em fatores do domínio Caráter na presença de traumas na infância, mudanças nos fatores que compõem o domínio de Temperamento são descritas como menos comuns, em virtude de sua suposta hereditariedade e estabilidade durante a vida. Os resultados obtidos neste estudo apontam não haver distinção em nenhum fator de temperamento entre os grupos com e sem Estresse Precoce, sua presença aparentemente não interfere no percurso de desenvolvimento destes fatores. Já as correlações expõem associação positiva e moderada entre Estresse Precoce e Evitação de danos e associação negativa e fraca entre Dependência de Recompensa e Estresse Precoce.

Rademaker et al., (2008) não identificam mudanças ou associações entre fatores de temperamento e trauma infantil em seus resultados e sugerem que isto se deu em decorrência da natureza hereditária do Temperamento em contraste com o Caráter, desenvolvido e fortemente influenciando por experiências ambientais e aprendizagem social, conforme proposto pelo Modelo Psicobiológico. Entretanto, é importante observar que a amostra de militares utilizada no estudo pode conter vieses, os próprios autores identificaram esta possibilidade e comparam os seus resultados com os resultados oriundos de uma amostra de civis. Observaram diferenças significativas nos fatores de temperamento evitação de danos,

com media mais baixa e busca de novidades com medias mais altas entre os militares comparados a amostra de civis.

Em contrapartida, De Carvalho et al., (2014) identificam em seus resultados uma associação positiva e forte entre evitação de danos e Estresse Precoce e associação negativa e moderada entre dependência de recompensa e Persistência, e Estresse Precoce. Os autores não discutem este aparente efeito difuso e inespecíficos de Traumas infantis sobre fatores de Temperamento e caráter. Inclusive, enfatizam que traumas na infância produzem efeitos mal adaptativos sobre ambos, temperamento e caráter, e que estes podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Evitação de Danos emergem como o fator de Temperamento mais relacionado a presença de Estresse Precoce neste estudo. C. R. Cloninger, (1987) e Samet, (2003) descrevem indivíduos com alto índices dessa característica sendo excessivamente cautelosos, cuidadosos, medrosos, tensos, apreensivos, nervosos, tímidos, duvidosos, inseguros, passivos, negativistas ou pessimistas mesmo em situações que normalmente não preocupariam outras pessoas. Tendem a ser inibidos e vergonhosos em muitas situações sociais, como consequência eles necessitam de mais reaseguramento e encorajamento que a maioria das pessoas e em geral são muito sensíveis a críticas e punição. Fassino et al., (2013) descreve Evitação de Danos como sendo uma diátese central para o desenvolvimento de transtornos mentais.

O modelo Psicobiológico proposto por Cloninger defende que a personalidade seria composta por duas amplas dimensões com características distintas, o temperamento, como domínio hereditário, caracterizado pelos traços que se manifestam desde o início da vida, de forma razoavelmente independente do meio externo; e o caráter, que envolve as diferenças individuais dos processos cognitivos superiores subjacente aos objetivos e valores desenvolvidos pela pessoa durante sua vida. Diferente do temperamento, o caráter é mais influenciado por fatores como os já existentes traços de temperamento, pressões socioculturais e as experiências de vida únicas do indivíduo (C. R. Cloninger et al., 1997; C. R. Cloninger et al., 1993).

Apesar desta distinção na qual o temperamento é descrito como um domínio mais estável e menos susceptível a mudanças em decorrência de experiência durante a vida, no presente estudo há a possibilidade de que a evitação de danos e a dependência de recompensa sejam fatores presente antes e relativamente independentes da ocorrência do Estresse Precoce, podendo funcionar inclusive como um fatores de vulnerabilidade influentes sobre uma menor expressão do fator de Caráter auto direcionamento, sobretudo quando associado a

presença de Estresse Precoce. Diversos estudos apontam estes dois fatores como sendo os mais associados a vulnerabilidades ao desenvolvimento de transtornos mentais (Fassino et al., 2013) e frequentemente costumam se correlacionar de forma negativa (C. R. Cloninger et al., 1993).

Devido à natureza correlacional deste e dos demais estudos citados anteriormente, não é possível justificar os resultados apresentados como associados a uma influência dos EEPs sobre a constituição dos fatores de caráter em comparação aos fatores de Temperamento. Para realização desta afirmativa seria necessário uma avaliação contínua e longitudinal do desenvolvimento desses fatores antes e depois da ocorrência do Estresse Precoce, algo metodologicamente difícil de ser realizado. Apesar disso, o Modelo Psicobiológico defende que as experiências ambientais seriam determinantes sobre a constituição do caráter, mas não sobre o temperamento, e alguns estudos dão suporte a esta compreensão, apontando os fatores de caráter, sobretudo Auto Direcionamento e Cooperatividade como mais susceptíveis a efeitos contextuais em comparação com o Temperamento (Josefsson, Jokela, Hintsanen, et al., 2013; Yang et al., 2015).

4.8. Temperamento e Caráter e Sintomas Psiquiátricos

Com relação a distribuição diferenciada das dimensões de temperamento e caráter entre os grupos categorizados com e sem sintomas psiquiátricos, observou-se diferenças significativas no fator Evitação de Danos da dimensão temperamento, com escores mais altos no grupo com sintomas psiquiátricos; e Auto Direcionamento da dimensão caráter, com escores mais baixos também no grupo com sintomas psiquiátricos. Nas correlações também se destacam as associações moderadas para ambos os fatores; correlação positiva entre Evitação de Danos e sintomas psiquiátricos e correlação negativa entre Auto Direcionamento e sintomas psiquiátricos. Correlações negativas e fracas também foram identificadas entre os fatores de temperamento dependência de recompensa e persistência com sintomas psiquiátricos, e entre a dimensão de caráter Cooperatividade e sintomas psiquiátricos.

A maior presença de Evitação de Danos associada a menor presença de Auto Direcionamento no grupo com sintomas psiquiátricos, juntamente com correlações positiva e moderada de Evitação de Danos, e negativa e moderada de Auto direcionamento com sintomas psiquiátricos é o dado mais recorrente encontrado nos estudos que avaliam Temperamento e Caráter em populações clínicas. Em abrangente revisão realizada por Fassino et al., (2013), Evitação de Danos e Auto Direcionamento foram identificados como fatores de vulnerabilidade centrais para o desenvolvimento, manutenção, severidade e

recorrência de transtornos mentais, sendo também um preditor de insucesso em tratamentos psicoterápicos e farmacológicos. Nos transtornos categorizados como presentes no eixo I (Abuso de substâncias, esquizofrenia, Depressão Maior, Transtorno Bipolar tipo I e II, Transtornos alimentares, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Fobia social, Transtorno de Pânico, Transtorno de Estresse Pós Traumático, Transtorno de Ansiedade Generalizada) observou-se que Evitação de Danos apresentou escores significativamente altos em 88% dos estudos e Auto Direcionamento apresentou escores significativamente baixos em 96%. Outro fator presente de forma representativa, com escores significativamente baixos em 50% dos estudos, foi Cooperatividade.

Resultados similares também são identificados com relação aos transtornos de personalidade. Segundo Svrakic et al., (2002) e Svrakic & Cloninger, (2010) as dimensões de Temperamento e Caráter auxiliam no diagnóstico de transtornos de personalidade e diferenciam seus subtipos. Defendem que os fatores de Caráter podem ser usados para diagnosticar a presença e severidade do transtorno de personalidade, enquanto os fatores de temperamento podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico diferencial. Jylhä et al., (2013) comparando grupos clínicos com e sem transtornos de personalidade, observam que o grupo com transtornos de personalidade apresenta escores baixos em Auto Direcionamento e Cooperatividade, além disso, aqueles com transtornos dos grupos B e C também apresentaram maior associação com escores altos em Busca de Novidade e Evitação de Danos. Dereboy, Güzel, Dereboy, Okyay, & Eskin, (2014) identificam resultados similares, baixos escores em Auto Direcionamento e Cooperatividade, principalmente nos Transtorno de Personalidade do grupo B. Os autores sugerem que os manuais diagnósticos deveriam incluir os Transtornos de Personalidade esquizotípico, obsessivo-compulsivo e todos do grupo B como uma categoria diagnóstica separada, caracterizada por significativo impacto nos fatores de caráter Auto Direcionamento e Cooperatividade, informação que poderia ser adotados como um critério geral para o diagnóstico destas condições.

Svrakic & Cloninger, (2010) acreditam que o desenvolvimento da personalidade se estabelece através de um complexo esforço adaptativo voltado a auto organização do indivíduo objetivando um adequado ajuste entre suas necessidades internas (temperamento emocional) e demandas externas (normas e costumes sociais). Esta adaptação pode seguir em uma “direção errada” devido a existência de disposições comportamentais prévias extremas e inflexíveis ou pela influência de um ambiente patogênico, ou pela associação de ambos. Por um lado, fortes disposições genéticas podem influenciar a percepção do ambiente e as escolhas por atividades e relações congruentes com estas características reforçando-as e, por

outro lado, elementos ambientais patogênicos modulam comportamentos e estilos cognitivos mal adaptativos, como é o caso dos Eventos Estressores Precoces. Os atores argumentam que este tipo de entendimento expressa de melhor forma os fatores etiológicos associados aos transtornos de personalidade, dividindo de maneira mais justa a sua casualidade entre a pessoa e o seu ambiente, refletindo a característica essencial do transtorno, uma má adaptação crônica do indivíduo ao seu ambiente atual. Além disso, a ênfase em uma adaptação inadequada é menos estigmatizante que a centralização do problema em um elemento central da vida psíquica da pessoa, sua personalidade.

Auto Direcionamento de forma mais presente e Cooperatividade de maneira menos sensível geralmente apresentam mudanças em resposta a presença de Estresse Precoce e se mostram claramente alterados em pessoas com transtornos mentais; Auto Transcendência, entretanto, não emerge como fator distinto em nenhum dos casos. Segundo C. R. Cloninger et al., (1993), Auto Transcendência é um domínio que costuma assumir relevância para o ajustamento do indivíduo e satisfação pessoal mais tardiamente, por volta dos 35 anos, e está relacionado com o último estágio do amadurecimento do *self*, referindo-se a identificação do indivíduo como parte do universo como um todo. As outras etapas de amadurecimento que as antecedem são, primeiro a identificação do indivíduo como ser autônomo, associado ao desenvolvimento do Auto direcionamento; e a segunda, a identificação do indivíduo como parte integral da humanidade, associado ao desenvolvimento da Cooperatividade. A amostra do presente estudo foi composta por pessoas com idade variando entre 18 e 30 anos, é possível que este fato tenha influenciado a não variabilidade desse fator de Caráter, apesar dele também não apresentar-se modificado em outros estudos (Rademaker et al., 2008; de Carvalho et al., 2014)

4.9. Regressão Múltipla Hierárquica e modelos de mediação

Os resultados obtidos através da regressão expõem os Eventos Estressores Precoces (EEPs), o fator de Temperamento Evitação de danos (EDs) e os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) como preditores de cerca de 69% dos sintomas psiquiátricos da amostra utilizada neste estudo. A variável que emerge como apresentando o maior poder de predição é EIDs, seguida por EDs e EEPs. Através do detalhamento dos resultados, se observa que EEPs e EDs apresentam uma pequena interação, porém predizem os sintomas psiquiátricos de forma mais independente. O mesmo não acontece quando se considera a interação dos EIDs, quando isto ocorre, se observa uma significativa interação entre os EIDs, EDs e EEPs, especificamente uma redução no poder de predição de EDs e EEPs devido a

presença dos EIDs. Observa-se que a presença de EIDs media a atuação das outras variáveis sobre os sintomas psiquiátricos, ou seja, parte do poder de predição de EDs e de EEPs é melhor explicado pela presença de EIDs. EEPs predizem sintomas psiquiátricos, mas parte significativa deste poder de predição está condicionado a presença dos EIDs, o mesmo ocorre com EDs.

O efeito preditivo de EEPs sobre o desenvolvimento de Transtornos Mentais e sintomas psiquiátricos é notificado amplamente em diversos estudos. A presença de Abuso e Negligência na infância, de forma destacada o Abuso Emocional, são preditores significativos de sintomas psiquiátricos (Dias et al., 2015). Através de dados epidemiológicos, Clark, Caldwell, Power, & Stansfeld (2010) observam que a ocorrência de formas diversas de Abuso e Negligência foram preditoras de Transtornos Mentais durante a adolescência, no início da vida adulta e na meia idade, confirmando que os possíveis danos associados a esses eventos permanecem influentes com o decorrer do tempo.

Layne et al. (2014) obtiveram dados semelhantes em amostra de adolescentes. Identificaram significativa associação entre traumas na infância e diversos problemas comportamentais na vida adulta, destacando-se o abuso de substâncias e tentativas de suicídio, e que a co ocorrência de traumas aumenta de forma gradativa a possibilidade de se desenvolver problemas comportamentais. Kessler et al. (2010), a partir de dados oriundos de 21 países, identificam que traumas na infância são fortes preditores ao desenvolvimento de diversos transtornos em qualquer estágio da vida, observam também que a co ocorrência de traumas tende a exercer um efeito aditivo no poder de predição. Koskenvuo & Koskenvuo (2015) também identificam que adversidades emocionais na infância são um significativo preditor do uso de drogas psicotrópicas na vida adulta, sobretudo ansiolíticos e antidepressivos. O uso de psicotrópicos aumenta significativamente entre aqueles com relação parental pobre e que foram expostas a múltiplas formas de adversidades.

O efeito preditivo associado a presença de EDs sobre o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos observado neste estudo é identificado de forma similar em outras investigações. Joyce, Light, Rowe, Cloninger, & Kennedy (2010) em investigação com objetivo de identificar o poder preditivo de características de temperamento e caráter sobre automutilação e tentativas de suicídio em pacientes com Transtorno Bipolar e Transtorno de Personalidade Borderline, identificaram que EDs prediz automutilação e tentativas de suicídio tanto em pacientes com transtorno bipolar quanto com transtorno de personalidade Borderline. Pelissolo & Corruble (2002), em revisão sobre a presença de características de temperamento e caráter específicas em pacientes com Depressão, identificam que altos scores de EDs é um

importante fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento de Depressão. Hartman, Hopfer, Corley, Hewitt, & Stallings (2013) investigando adolescentes, observam que baixos escores em EDs é um importante preditor de sintomas associados a transtorno por uso de substâncias, e também do número de experimentações para diferentes classes de drogas. Rosenström et al. (2014), a partir de um estudo longitudinal de 15 anos em uma população não clínica, identificam significativo efeito preditivo de alto escore em EDs sobre a emergência dos sintomas disfóricos, sugerem que EDs pode ser um fator de personalidade útil na identificação de risco para se desenvolver depressão.

O efeito de mediação sugerido pela presença de EDs que modula o poder preditivo dos EEPs sobre sintomas psiquiátricos foi observado, porém de forma sutil. A associação entre EDs como fator de vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais é bastante notificada na literatura (Fassino et al., 2013), entretanto sua presença media pouco do poder preditivo atribuído aos EEPs quando comparado aos EIDs. Aparentemente ambas as variáveis predizem de forma mais independente os sintomas psiquiátricos. Este dado já era esperado, uma possível motivação para que isto tenha ocorrido talvez esteja associado a natureza hereditária, pouco responsiva a influencias ambientais e estável no decorrer do tempo que caracterizam os fatores de Temperamento, a exemplo da Evitação de Danos (Samet, 2003; Dragan M. Svrakic & Cloninger, 2010). Neste caso, a EDs poderia ser encarada como uma característica de personalidade que receberia pouca influencia por parte dos EEPs, mas que poderia levar a um pior impacto destes eventos sobre os sintomas psiquiátricos, tanto motivado pela maneira como este foi interpretado e internalizado como também pelas estratégias que serão adotadas para lidar com o ocorrido a partir de então (Stenbæk et al., 2014).

Os EIDs apresentaram um significativo efeito de mediação entre as variáveis EEPs e sintomas psiquiátricos. Neste caso, há ampla evidência que confirmam tanto os EEPs como um dos fatores mais influentes para o estabelecimento dos EIDs (Lumley & Harkness, 2007; M. O. Wright et al., 2009; Specht et al., 2009; Roemmele & Messman-Moore, 2011; McCarthy & Lumley, 2012; E. Calvete, 2014), como também a relação entre EIDs e diversos Transtornos Mentais (Petrocelli et al., 2001; Lisa D Hawke, 2012; Renner et al., 2012; Sempértegui et al., 2013; K. K. Nilsson et al., 2014).

O efeito preditivo dos EIDs sobre alguns transtornos também tem sido notificado. Trincas et al. (2014) identifica que EIDs específicos aparentemente podem predizer sintomas disfórico específicos da depressão. Os resultados apontaram que Negativismo/Pessimismo prediz tristeza, Fracasso prediz anedonia, Privação emocional prediz automutilação,

Vulnerabilidade à danos ou doenças, Fracasso e Negativismo/Pessimismo predizem desvalor, Vulnerabilidade à danos ou doenças e arrogo grandiosidade predizem retardo psicomotor e inquietação, e Autocontrole/auto disciplina insuficientes predizem falta de concentração. Fouladi (2015) observou em seus resultados que os EIDs de Vulnerabilidade a danos ou doenças, Isolamento social, Inibição emocional e Autocontrole/autodisciplina insuficientes explicam 61% dos sintomas associados a depressão crônica da amostra investigada. Bortolon, Capdevielle, Boulenger, Gely-Nargeot, & Raffard (2013) encontraram também efeito preditivo de seis EIDs sobre sintomas positivos em pacientes com esquizofrenia, dentre eles Desconfiança/Abuso explicou 12,4% da variação dos sintomas positivos.

Alguns estudos também evidenciam a mediação exercida pelos EIDs entre Estressores Precoces diversos e sintomas psiquiátricos. Roelofs, Onckels, & Muris (2013) a partir de avaliação de modelo de mediação entre apego inseguro, EIDs e diversos tipos de sintomas psiquiátricos, obtiveram resultados que expõem mediação parcial dos EIDs através principalmente do domínio Desconexão e Rejeição que media apego inseguro e problemas emocionais diversos. Wright et al. (2009) através de investigação da relação entre Abuso e Negligência emocional e sintomas psiquiátricos em estudantes, observaram que os EIDs de Vulnerabilidade à danos, Vergonha, e Autosacrifício mediarão sintomas de ansiedade e depressão na amostra. Os EIDs de Defectividade/vergonha e Vulnerabilidade à danos também exerceram efeito de mediação sobre sintomas de dissociação.

S. N. Carr & Francis (2009) investigando o efeito de mediação dos EIDs entre diversos tipos de experiência infantis e sintomas de transtorno de personalidade evitativa obtiveram resultados onde os EIDs de Subjugação, Abandono e Inibição emocional mediam completamente a relação entre a presença de mãe super protetora e sociabilidade familiar na infância e os sintomas associados a personalidade evitativa. Thimm, (2010) objetivando investigar o efeito de mediação de EIDs entre estilos parentais de criação e sintomas relacionados a transtornos de personalidade, identificam o efeito de mediação, principalmente por meio do domínio de Desconexão e rejeição entre rejeição materna e menor calor emocional materno e os sintomas investigados.

Assim, o modelo de mediação baseado nos EIDs encontra suporte em diversas outras investigações. Neste caso, os resultados obtidos confirmam o efeito preditivo que os EEPs exercem sobre a presença de sintomas psiquiátricos na amostra, em parte, independente da presença de EIDs, resultado esperado, uma vez que outros fatores como os de ordem genética (Gershon, Sudheimer, Tirouvanziam, Williams, & O'Hara, 2013; Teicher & Samson, 2013) neuroendócrina (Herman, 2013; Lupien et al., 2009) e o Temperamento (Stenbæk et al.,

2014), por exemplo, também mediam esta relação. Entretanto, a presença de EIDs potencializa o efeito preditivo que os EEPs exercem sobre sintomas psiquiátricos, resultado que caracteriza um significativo efeito de mediação parcial por parte dos EIDs entre os EEPs e sintomas psiquiátricos.

É possível sugerir que esta função mediadora exercida pelos EIDs entre os EEPs e sintomas psiquiátricos pode ocorrer pela influência do Estresse Precoce sobre a estruturação dos EIDs. Como discutido anteriormente, os Esquemas relacionados ao *self* e do *self* em relação com os outros são formados basicamente por eventos episódicos armazenados em um sistema de memória de longo prazo que gradativamente assume estrutura e funcionamento esquemático (Martin A. Conway, 2005; Prebble et al., 2013) e passam a exercer impacto significativo sobre o processamento de informação da pessoa em situações que de alguma forma ativem estes esquemas. Eventos traumáticos na infância tem o potencial de influenciar na formação de Esquemas Iniciais Desadaptativos, que tem se apresentado como fator de vulnerabilidade importante para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos. Todavia, é importante levar em consideração que os EIDs também podem ser formados mais tardiamente, sem a presença de um histórico de Estresse Precoce na infância, Esquemas formados nestas condições tendem a ser menos prejudiciais e ofensivos (Young et al., 2008).

Apesar das impossibilidades inerentes a estudos de natureza correlacional no que diz respeito ao estabelecimento de relações causais entre as variáveis investigadas, propõe-se no presente estudo que o fator de Temperamento EDs, por sua natureza mais hereditária, pode funcionar como elemento de vulnerabilidade, que quando associada a ocorrência de EEPs podem levar a uma maior susceptibilidade a desenvolvimento de sintomas psiquiátricos (de Carvalho et al., 2014; Fassino et al., 2013). Por outro lado, os EIDs surgiriam por influência direta de EEPs. Desta forma, tanto a EDs quanto os EIDs se apresentam como meios pelos quais o Estresse Precoce impacta de forma mais severa sobre o desenvolvimento dos sintomas psiquiátricos.

Importante ressaltar que a Terapia dos Esquemas leva em consideração a influencia do temperamento sobre o desenvolvimento dos EIDs, mas principalmente sobre a perpetuação destes. Segundo Young et al. (2008), o temperamento emocional influencia o estabelecimento de EIDs através da interpretação da situação e da forma como ela será consolidada e internalizada. Entretanto, o temperamento possivelmente irá exercer papel principal na perpetuação dos EIDs devido às estratégias comportamentais que influenciarão a manutenção dos esquemas. O fator de temperamento Evitação de danos é conceitualmente muito semelhante ao estilo de enfrentamento desadaptativo chamado Evitação. Acredita-se que

pessoas com EIDs que adotam este estilo de enfrentamento buscam evitar a ativação de seus Esquemas a todo o custo, apesar de conseguir amenizar algum grau de sofrimento imediato esta estratégia tende a manter os EIDs latentes e a perpetuá-los.

A Evitação de danos pode se estabelecer como um sério impedimento ao tratamento de pessoas com índices clínicos de EIDs. Compreendendo o estabelecimento de Esquemas desadaptativos como o resultado de eventos episódicos traumáticos e experiências prévias prejudiciais, para que haja algum tipo de mudança em sua estrutura e funcionamento se faz necessária a vivência de outras experiências positivas que se contraponham aos temas dos esquemas passando a serem utilizadas como formas de reestruturação dos Esquemas e reconsolidação das memórias episódicas negativas associadas. Percebe-se assim que é crucialmente importante o manejo de fatores temperamentais que possam atuar de forma impeditiva nas mudanças dessas estratégias.

Desta forma, os dados aqui apresentados estão em acordo com os modelos de vulnerabilidade que buscam explicar a relação entre traumas na infância e maior risco de se desenvolver Transtornos mentais como influenciadas por características individuais e vulnerabilidades de cada pessoa (Nugent et al., 2011; Raabe & Spengler, 2013). No presente estudo, a ocorrência de EEPs, a presença do fator de Temperamento Evitação de danos e o desenvolvimento de EIDs influenciam de maneira significativa a emergência de sintomas psiquiátricos, ampliando assim os fatores de vulnerabilidade que podem auxiliar na compreensão dos efeitos tóxicos associados a ocorrência de EEPs.

Apesar de não ser objetivo deste estudo, é importante ressaltar que da mesma maneira que existem fatores que aumentem a susceptibilidade das crianças a maus tratos e seus efeitos, existem fatores que podem exercer efeito protetor. Os fatores de proteção são definidos como condições ou atributos dos indivíduos, seus familiares e sua comunidade que mitigam riscos e promovem desenvolvimento saudável e bem estar das crianças. Três desses fatores são: Segurança, condição na qual a criança sente-se segura e não ameaçada por danos físicos e psicológicos dentro de seu ambiente familiar e social; Estabilidade, grau de previsibilidade e consistência no ambiente físico, social e emocional percebida pela criança; e Cuidado, presença de um dos pais ou cuidador disponível e capaz, que de forma consistente e sensível responda as necessidades da criança (WHO, 2006; Child Welfare Information Gateway, 2014).

Infelizmente existem poucas pesquisas sistemáticas sobre fatores de proteção, muitos deles ainda são pouco compreendidos. Entretanto, muitas pesquisas tem focado principalmente nos fatores de resiliência, que se referem a elementos que levam a uma

diminuição do impacto dos maus tratos sofrido pela criança. Os fatores que aparentemente facilitam a resiliência incluem: apego seguro com ao menos um membro da família, níveis de cuidados elevados por parte dos pais durante a infância, ausência de ambiente onde haja delinquência e pares que abusam de substâncias, relação calorosa com um dos pais não agressor e amenização do estresse sofrido associado ao abuso (WHO, 2006)

Do ponto de vista do neurodesenvolvimento, os fatores de proteção e de resiliência em crianças que sofreram abusos, mediados por suporte familiar e social e um ambiente seguro, podem induzir a uma reorganização neuronal adaptativa que buscará neutralizar os efeitos dos traumas experienciados, podendo levar ao desenvolvimento de resiliência em momentos posteriores na vida. Ou seja, intervenção e o desenvolvimento de um ambiente adequado que supra as necessidades da criança ainda nesse período podem levar não só a prevenção dos efeitos deletérios do abuso e estresse crônico na infância, também podem prevenir os efeitos do estresse crônico no cérebro na vida adulta ou velhice (Lupien et al., 2009)

4.10. Limitações

Ao se avaliar os resultados deste estudo se faz necessário considerar algumas de suas limitações. Inicialmente é necessário chamar atenção para a amostra, composta predominantemente por estudantes universitários (as) e mulheres fato que pode levar a alguns vieses nos resultados. Sugere-se maior homogeneização da amostra para estudos posteriores. Outra importante limitação refere-se à ausência neste estudo de outras formas de adversidades e maus tratos, como morte ou doença mental em um dos pais, divórcio, dentre outras. É sabido que a ocorrência de outras adversidades, também pode exercer influência semelhante aos Estressores mais comumente investigados. A utilização de um instrumento de rastreio de sintomas psiquiátricos não diagnóstico também consiste em uma limitação, uma vez que não possibilita comparações mais precisa dos dados em uma população realmente clínica com relação a expressão das características investigadas.

A forma de coleta das informações sobre o Estresse Precoce também é apontada como uma limitação. A coleta de dados através de recordação é descrita como sujeita a vieses associados a codificação e armazenamento da informação em virtude do teor emocional do evento, aos processos de reconsolidação aos quais o evento foi submetido desde o momento da sua consolidação até o presente e a presença de viés associado à congruência com o humor durante o resgate da informação. Apesar de não isentar totalmente a fidedignidade da informação, alguns autores observam que as informações obtidas através de instrumentos

retrospectivos possuem boa confiabilidade, inclusive em populações clínicas (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Hardt & Rutter, 2004). O Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ), instrumento utilizado neste estudo, também apresenta boa validade teste-reteste (Grover et al., 2007).

Outro desafio com relação a investigações de Estresse Precoce na infância e adolescência é conseguir delimitar o período no qual o evento ocorreu e se há diferenciação nos danos devido a este fator. Alguns estudos apontam a idade de 12 anos como marcante para a diferenciação do possível tipo de dano que poderá emergir caso haja a presença de algum tipo de Trauma, acreditam que a transição para a puberdade pode ser um período crítico do desenvolvimento que traz um maior risco para formas particulares de Transtornos Mentais (Gershon et al., 2013). Levando em consideração os determinantes associados ao desenvolvimento do cérebro, alguns autores acreditam que Estresse Precoce em momentos específicos poderão impactar nas funções associadas a estruturas específicas que estiverem mais susceptíveis a maturação e efeito do ambiente naquele momento (Lupien et al., 2009; Teicher & Samson, 2013)

Elementos que também não foram investigados e caracterizam limitações neste estudo são a identificação do(s) agressor (es) e a recorrência do abuso/negligência. Sugere-se que quando a figura do abusador é a mãe ou o pai os potenciais efeitos tendem a ser mais graves e permanentes (McCarthy & Lumley, 2012). Diversos estudos apontam que quando há a ocorrência de mais de um tipo de trauma há um aumento correspondente dos sintomas psiquiátricos (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Brien, 2007; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

5. CONCLUSÃO

A busca pelos múltiplos fatores associados à emergência e manutenção dos Transtornos Mentais tem adquirido maior relevância a cada dia, visto estas condições figurarem dentre as mais incapacitantes e nocivas para a vida das pessoas ao redor do mundo. Atualmente, uma quantidade considerável de estudos tem voltado sua atenção para compreender melhor a relação entre a ocorrência de Estresse Precoce na infância e adolescência e o estabelecimento de maior vulnerabilidade a emergência de Transtornos Mentais. O conhecimento produzido a partir dessas investigações tem contribuído de forma significativa para um maior entendimento com relação aos variados fatores etiológicos que levam as pessoas a serem mais vulneráveis ao adoecimento mental.

O presente estudo confirma através dos seus resultados a estreita relação que existe entre a presença de Estresse precoce e sintomas psiquiátricos, expõe também a sua relação com a expressão diferenciada de Esquemas Iniciais Desadaptativos e algumas características de personalidade específicas. A presença de Estresse Precoce expôs forte relação com uma maior prevalência de Esquemas Iniciais Desadaptativos, estruturas cognitivas com características prejudiciais que também predispõem as pessoas ao desenvolvimento de Transtornos Mentais. Nota-se também que as pessoas com histórico de Estresse Precoce apresentam maiores índices de Evitação de Danos, fator de temperamento amplamente associado a uma maior susceptibilidade ao desenvolvimento de diversos transtornos mentais, em contra partida, pessoas com este histórico exibem também menores índices de Auto Direcionamento, fator de caráter estritamente associado a bem estar emocional e maturidade psicossocial. Além disso, observou-se também que tanto os Eventos Estressores Precoces quanto Evitação de Danos e Esquemas Iniciais Desadaptativos exercem forte efeito preditivo sobre a presença de sintomas psiquiátricos na amostra utilizada nesse estudo.

Um dado que chamou atenção e ressoa em resultados de diversos outros estudos é o potencial prejuízo associado à presença do subtipo de Estresse Precoce Abuso Emocional, que neste trabalho apresentou sensível relação com maior presença de sintomas psiquiátricos, maior pontuação médias no fator de temperamento Evitação de Danos e maior presença de Esquemas Iniciais Desadaptativos, e menor pontuação média do fator de caráter Auto Direcionamento. Apesar de seu evidente impacto negativo, o Abuso Emocional ainda é frequentemente visto pela sociedade como inofensivo e incapaz de gerar danos similares aos observados em decorrência de Abuso Sexual e Físico. Contudo, diversos estudos tem alertado

para os prejuízos severos que o Abuso Emocional exerce sobre o desenvolvimento emocional das pessoas, por vezes tão ou mais tóxicos que os associados ao Abuso Sexual e Físico.

Em especial, os resultados descritos neste trabalho expõem importantes evidências acerca do papel mediador que a presença de Esquemas Iniciais Desadaptativos e características de personalidade disfuncionais desempenham entre a ocorrência de Estresse Precoce e o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos. Avanços importantes relacionados ao reconhecimento dos determinantes influentes sobre o neurodesenvolvimento levaram ao estabelecimento de variáveis neuroendócrinas como os mediadores mais influentes sobre o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos devido a ocorrência de Estresse Precoce, dado amplamente confirmado a partir de numerosos estudos realizados nos últimos anos. Atualmente, esforços têm sido feitos para se identificar os efeitos Epigenéticos do Estresse Precoce em humanos, o que tem levado a um aumento vertiginoso de estudos neste campo do conhecimento. Todavia, apesar da inquestionável importância do conhecimento que se tem produzido neste sentido, é necessário observar a similar relevância de se identificarem elementos mediadores de outras ordens, como os Esquemas Iniciais Desadaptativos e fatores de personalidade apresentados neste trabalho, por possibilitarem a identificação de elementos que podem ser manejados e redefinidos através de medidas psicoterápicas específicas direcionadas a esta população. Defende-se assim que modelos explicativos que buscam descrever os elementos mediadores decorrentes da presença de EEPs incluam também variáveis como as identificadas e discutidas neste estudo, ampliando as possibilidades de tratamento que podem ser utilizados no manejo de pessoas com este histórico que se apresentam mais vulneráveis ao desenvolvimento de TM.

Desta forma, os resultados identificados acrescentam evidências que reforçam a compreensão bem estabelecida de que Estresse Precoce pode atuar de forma nociva sobre o bem estar psicológico de suas vítimas. Importante salientar que a presença de Estresse Precoce em pessoas com transtornos mentais costumeiramente leva a um pior prognóstico em tratamento psicoterápico e farmacológico em comparação com pessoas com transtornos mentais sem este histórico, o que evidencia a necessidade de conhecimento sobre as características específicas desta população. Neste sentido, melhor compreensão sobre as relações entre Estresse Precoce, personalidade e Esquemas Iniciais Desadaptativos podem ser úteis de diversas formas, tanto para o desenvolvimento de métodos psicoterápicos que levem em consideração as especificidades associadas a estas condições, aumentando a possibilidade de melhor apoio para suas vítimas, como também para o desenvolvimento de suporte adequado ainda na infância, quando há maior possibilidade de se atuar em nível preventivo e

de promoção de saúde, estimulando fatores de proteção e resiliência que possam atuar minimizando os danos associados à presença do Estresse Precoce.

6. REFERÊNCIAS

- Ali, I., Salzberg, M. R., French, C., & Jones, N. C. (2011). Electrophysiological insights into the enduring effects of early life stress on the brain. *Psychopharmacology*, 214(1), 155–173. <http://doi.org/10.1007/s00213-010-2125-z>
- A.P.A., (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 393–415. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.09.006>
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417–423. [http://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](http://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)
- Banducci, A. N., Hoffman, E. M., Lejuez, C. W., & Koenen, K. C. (2014). The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 38(5), 928–938. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.007>
- Barbosa, L. P., Quevedo, L., da Silva, G. D. G., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Branco, J., da Silva, R. A. (2014). Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1191–1196. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.008>
- Bartlett, F.C. (1932). A theory of remembering. In Barlet, F. C. *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: University Press. Recuperado em 27 Novembro, 2015, de <http://www.bartlett.psychol.cam.ac.uk/TheoryOfRemembering.htm>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., & Whiteford, H. A. (2013). Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? *PLoS ONE*, 8(6), e65514. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0065514>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324–333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561–571.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. ArtMed.

- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397–409. <http://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J.-P., Gely-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 209(3), 361–366. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.018>
- Brewer, W. F., & Treyens, J. C. (1981). Role of schemata in memory for places. *Cognitive Psychology*, 13(2), 207–230. [http://doi.org/10.1016/0010-0285\(81\)90008-6](http://doi.org/10.1016/0010-0285(81)90008-6)
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82–98.
- Brietzke, E., Kauer-Sant'anna, M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., ... Bressan, R. A. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 480–488. <http://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.009>
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735–746. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 278–288. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–1020. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2009). Do Early Maladaptive Schemas Mediate the Relationship Between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Features? A Preliminary Investigation in a Non-Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 343–358. <http://doi.org/10.1007/s10608-009-9250-1>
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. da S. (2012). Brazilian validation of Young schema questionnaire: short form. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 23–31. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100003>

- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454–464. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>
- Child Welfare Information Gateway. (2014). Protective factors Approaches in child welfare. Recuperado em 24 de Dezembro, 2015, de https://www.childwelfare.gov/pubs/issue_briefs/protective_factors.cfm
- Chocyk, A., Majcher-Maślanka, I., Dudys, D., Przyborowska, A., & Wędzony, K. (2013). Impact of early-life stress on the medial prefrontal cortex functions - a search for the pathomechanisms of anxiety and mood disorders. *Pharmacological Reports: PR*, 65(6), 1462–1470.
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of Epidemiology*, 20(5), 385–394. <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.02.008>
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: a reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 87–112, viii–ix. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2005.11.001>
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 12(4), 494–505.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.
- Cloninger, C. R., Svrakic, N. M., & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, null(04), 881–906. <http://doi.org/null>
- Cloninger, S. (2009). Conceptual issues in personality theory. In *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge University Press. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511596544.004>
- Cohen, R. A., Grieve, S., Hoth, K. F., Paul, R. H., Sweet, L., Tate, D., Williams, L. M. (2006). Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biological Psychiatry*, 59(10), 975–982. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.016>
- Cohen S, Janicki-Deverts D, & Miller GE. (2007). PSychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685–1687. <http://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594–628. <http://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>

- Conway, M. A., Cohen, G., & Stanhope, N. (1991). On the very long-term retention of knowledge acquired through formal education: Twelve years of cognitive psychology. *Journal of Experimental Psychology: General*, 120(4), 395–409. <http://doi.org/10.1037/0096-3445.120.4.395>
- Conway, M. A., Cohen, G., & Stanhope, N. (1992). Very long-term memory for knowledge acquired at school and university. *Applied Cognitive Psychology*, 6(6), 467–482. <http://doi.org/10.1002/acp.2350060603>
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261–288.
- Cuijpers, P., Smit, F., Penninx, B. W. J. H., de Graaf, R., ten Have, M., & Beekman, A. T. F. (2010). Economic costs of neuroticism: a population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1086–1093. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.130>
- de Carvalho, H. W., Pereira, R., Frozi, J., Bisol, L. W., Ottoni, G. L., & Lara, D. R. (2014). Childhood trauma is associated with maladaptive personality traits. *Child Abuse & Neglect*. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.013>
- De Clercq, B., Rettew, D. C., Althoff, R. R., & De Bolle, M. (2012). Childhood personality types: vulnerability and adaptation over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(6), 716–722. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02512.x>
- Dereboy, C., Güzel, H. S., Dereboy, F., Okyay, P., & Eskin, M. (2014). Personality disorders in a community sample in Turkey: prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 139–147. <http://doi.org/10.1177/0020764012471596>
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J., & Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 767–778. <http://doi.org/10.1007/s00787-014-0621-0>
- Egeland, B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22–26. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004>
- Farazmand, S., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., & Dolatshahi, B. (2015). Mediating Role of Maladaptive Schemas between Childhood Emotional Maltreatment and Psychological Distress among College Students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(3), 209–217.
- Fassino, S., Amianto, F., Sobrero, C., & Abbate Daga, G. (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica*, 55(4), 397–413.
- Fernández, A., Andreina, M. M., Hornero, R., Ortiz, T., & López-Ibor, J. J. (2010). Analysis of brain complexity and mental disorders. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 38(4), 229–238.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Fivush, R., & Nelson, K. (2004). Culture and language in the emergence of autobiographical memory. *Psychological Science*, 15(9), 573–577. <http://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00722.x>
- Fouladi, M. (2015). Prediction of Depression through Early Maladaptive Schemas. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(1 S1), 602.
- Frodl, T., & O’Keane, V. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24–37. <http://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.03.012>
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Weiss, M. (2004). *Adult Self-Report Inventory-4 manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Garcia, D., Lundström, S., Brändström, S., Råstam, M., Cloninger, C. R., Kerekes, N., Anckarsäter, H. (2013). Temperament and Character in the Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS): Comparison to the General Population, and Genetic Structure Analysis. *PLoS ONE*, 8(8). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0070475>
- Gershon, A., Sudheimer, K., Tirouvanziam, R., Williams, L. M., & O’Hara, R. (2013). The long-term impact of early adversity on late-life psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(4), 352. <http://doi.org/10.1007/s11920-013-0352-9>
- Gibb, B. E., Beevers, C. G., & McGeary, J. E. (2013). Toward an integration of cognitive and genetic models of risk for depression. *Cognition & Emotion*, 27(2), 193–216. <http://doi.org/10.1080/02699931.2012.712950>
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697–714.
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect: further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 866–875. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002>
- Goncalves, D. M., & Cloninger, C. R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 126–133. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.007>
- Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, L. M. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)*, 30(1), 60–68.
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., Arteche, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS ONE*, 9(1), e87118. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>

- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249–255. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., & Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 442–447. <http://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.442>
- Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 528–540. <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9490-0>
- Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., Davidson, R. J., & Pollak, S. D. (2010). Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: a tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 30(22), 7466–7472. <http://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0859-10.2010>
- Hanson, J. L., Nacewicz, B. M., Sutterer, M. J., Cayo, A. A., Schaefer, S. M., Rudolph, K. D., Davidson, R. J. (2014). Behavioral Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. *Biological Psychiatry*, 0(0). <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.04.020>
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 45(2), 260–273.
- Hartman, C., Hoffer, C., Corley, R., Hewitt, J., & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's temperament scales to predict substance-related behaviors in adolescents: a prospective longitudinal study. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 22(3), 246–251. <http://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.12010.x>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420. <http://doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Recuperado em 17 de Agosto, 2015, de: <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hayes, A. F., & Scharkow, M. (2013). The Relative Trustworthiness of Inferential Tests of the Indirect Effect in Statistical Mediation Analysis Does Method Really Matter? *Psychological Science*, 0956797613480187. <http://doi.org/10.1177/0956797613480187>
- Heim, C., & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102–111. <http://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.10.032>

- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671–690. <http://doi.org/10.1002/dev.20494>
- Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., & Rössler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *European Psychiatry*, 28(8), 476–482. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.004>
- Hengartner, M. P., Cohen, L. J., Rodgers, S., Müller, M., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Association Between Childhood Maltreatment and Normal Adult Personality Traits: Exploration of an Understudied Field. *Journal of Personality Disorders*, 1–14. http://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_143
- Herman, J. P. (2013). Neural control of chronic stress adaptation. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 61. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00061>
- Honor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 26(6), 436–442. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.05.004>
- Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198–207. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
- Howe, M. L., & Courage, M. L. (1997). The emergence and early development of autobiographical memory. *Psychological Review*, 104(3), 499–523.
- Huang, J., Yang, Y., Wu, J., Napolitano, L. A., Xi, Y., & Cui, Y. (2012). Childhood abuse in Chinese patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 238–254. <http://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.238>
- Josefsson, K., Jokela, M., Cloninger, C. R., Hintsanen, M., Salo, J., Hintsanen, T., Keltikangas-Järvinen, L. (2013). Maturity and change in personality: developmental trends of temperament and character in adulthood. *Development and Psychopathology*, 25(3), 713–727. <http://doi.org/10.1017/S0954579413000126>
- Josefsson, K., Jokela, M., Hintsanen, M., Cloninger, C. R., Pulkki-Råback, L., Merjonen, P., ... Keltikangas-Järvinen, L. (2013). Parental care-giving and home environment predicting offspring's temperament and character traits after 18 years. *Psychiatry Research*, 209(3), 643–651. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.007>
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3), 250–257. <http://doi.org/10.3109/00048670903487159>
- Jylhä, P., Ketokivi, M., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Isometsä, E. (2013). Temperament, character and personality disorders. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 28(8), 483–491. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.06.003>

- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501. <http://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Karg, K., & Sen, S. (2012). 19 Gene $\times$ Environment Interaction Models in Psychiatric Genetics. *Current topics in behavioral neurosciences*, 12, 441–462. http://doi.org/10.1007/7854_2011_184
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(5), 378–385. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 215(1), 134–140. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036>
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)*, 30 Suppl 2, s54–64.
- Koskenvuo, K., & Koskenvuo, M. (2015). Childhood adversities predict strongly the use of psychotropic drugs in adulthood: a population-based cohort study of 24,284 Finns. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(4), 354–360. <http://doi.org/10.1136/jech-2014-204732>
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147–155. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Lai, M.-C., & Huang, L.-T. (2011). Effects of Early Life Stress on Neuroendocrine and Neurobehavior: Mechanisms and Implications. *Pediatrics & Neonatology*, 52(3), 122–129. <http://doi.org/10.1016/j.pedneo.2011.03.008>
- Lara, D. R., Ottoni, G. L., Brunstein, M. G., Frozi, J., de Carvalho, H. W., & Bisol, L. W. (2012). Development and validity data of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTeP). *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 390–398. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.011>
- Layne, C. M., Greeson, J. K. P., Ostrowski, S. A., Kim, S., Reading, S., Vivrette, R. L., Pynoos, R. S. (2014). Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), S40–S49. <http://doi.org/10.1037/a0037799>
- LeDoux, J. E. (2009). Emotion Circuits in the Brain. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 7(2), 274–274.

- Leverich, G. S., & Post, R. M. (2006). Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet (London, England)*, 367(9516), 1040–1042. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68450-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68450-X)
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17(4), 677–689.
- Lewis, K. L., & Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(5), 322–328. <http://doi.org/10.3109/10673220903271848>
- Lewis, M. (2014). Toward the Development of the Science of Developmental Psychopathology. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Orgs.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (p. 3–23). Springer US. Recuperado de http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-9608-3_1
- Lim, S.-L., & Kim, J.-H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 50–61. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.50>
- Lisa D Hawke, M. D. P. (2012). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 136(3), 803–11. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.036>
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639–657. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9100-3>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <http://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Maniam, J., Antoniadis, C., & Morris, M. J. (2014). Early-Life Stress, HPA Axis Adaptation, and Mechanisms Contributing to Later Health Outcomes. *Frontiers in Endocrinology*, 5, 73. <http://doi.org/10.3389/fendo.2014.00073>
- Martins, C. M. S., Tofoli, S. M. de C., Baes, C. V. W., & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. Recuperado 8 de outubro de 2014, de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=207021112007>
- Martins, C. M. S., Von Werne Baes, C., Tofoli, S. M. de C., & Juruena, M. F. (2014). Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(11), 774–782. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000202>
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185–202. <http://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>

- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *The American Psychologist*, 61(3), 204–217. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.61.3.204>
- McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 288–297. <http://doi.org/10.1080/16506073.2012.676669>
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2010). Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(10), 1079–1095. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x>
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2012). The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(4), 151–156. <http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110222>
- McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 Suppl 2, 17180–17185. <http://doi.org/10.1073/pnas.1121254109>
- McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The Relationship Between Parenting Style, Cognitive Style, and Anxiety and Depression: Does Increased Early Adversity Influence Symptom Severity Through the Mediating Role of Cognitive Style? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219–242. <http://doi.org/10.1007/s10608-005-3166-1>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
- Miniati, M., Rucci, P., Benvenuti, A., Frank, E., Battenfield, J., Giorgi, G., & Cassano, G. B. (2010). Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *Journal of Psychiatric Research*, 44(5), 302–309. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.09.008>
- Nader, K., Hardt, O., & Lanius, R. (2013). Memory as a new therapeutic target. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(4), 475–486.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(24), 14293–14296. <http://doi.org/10.1073/pnas.2336126100>
- Nesse, R. M. (2005). Evolutionary Psychology and Mental Health. In *The handbook of evolutionary psychology* (p. 903–927). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

- Nilsson, A. K. K., Jørgensen, C. R., Straarup, K. N., & Licht, R. W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 486–491. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.02.006>
- Nilsson, K. K., Nielsen Straarup, K., & Halvorsen, M. (2014). Early Maladaptive Schemas: A Comparison Between Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.1896>
- Nugent, N. R., Tyrka, A. R., Carpenter, L. L., & Price, L. H. (2011). Gene–environment interactions: early life stress and risk for depressive and anxiety disorders. *Psychopharmacology*, 214(1), 175–196. <http://doi.org/10.1007/s00213-010-2151-x>
- Pasquali, L. (2005). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília.
- Peled, A., & Geva, A. B. (2014). “Clinical brain profiling”: a neuroscientific diagnostic approach for mental disorders. *Medical Hypotheses*, 83(4), 450–464. <http://doi.org/10.1016/j.mehy.2014.07.013>
- Pelissolo, A., & Corruble, E. (2002). Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *L'Encéphale*, 28(4), 363–373.
- Perna, G., Vanni, G., Di Chiaro, N. V., Cavedini, P., & Caldirola, D. (2014). Childhood trauma, temperament, and character in subjects with major depressive disorder and bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 695–698. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000186>
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 546–559.
- Phillips, R. G., & LeDoux, J. E. (1992). Differential contribution of amygdala and hippocampus to cued and contextual fear conditioning. *Behavioral Neuroscience*, 106(2), 274–285.
- Polanczyk, G. V. (2009). Searching for the developmental origins of mental disorders. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 6–12. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100005>
- Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippet, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815–840. <http://doi.org/10.1037/a0030146>
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30–41. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Pull, C. B. (2014). Personality disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: back to the past or back to the future? *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 84–86. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000016>

- Raabe, F. J., & Spengler, D. (2013). Epigenetic Risk Factors in PTSD and Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00080>
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Mulwijk, A., & Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 863–875. <http://doi.org/10.1002/jclp.20495>
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2015). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66–73. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581–590. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Renoult, L., Davidson, P. S. R., Schmitz, E., Park, L., Campbell, K., Moscovitch, M., & Levine, B. (2015). Autobiographically significant concepts: more episodic than semantic in nature? An electrophysiological investigation of overlapping types of memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 27(1), 57–72. http://doi.org/10.1162/jocn_a_00689
- Reynolds, R. M. (2013). Glucocorticoid excess and the developmental origins of disease: two decades of testing the hypothesis--2012 Curt Richter Award Winner. *Psychoneuroendocrinology*, 38(1), 1–11. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.08.012>
- Rijkeboer, M. M., & Bergh, H. van den. (2006). Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch Clinical versus Non-clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 263–278. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9051-8>
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 129–144. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.08.005>
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377–385. <http://doi.org/10.1007/s10826-012-9589-x>
- Roemmele, M., & Messman-Moore, T. L. (2011). Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(3), 264–283. <http://doi.org/10.1080/10538712.2011.575445>
- Rosenström, T., Jylhä, P., Robert Cloninger, C., Hintsanen, M., Elovainio, M., Mantere, O., Isometsä, E. (2014). Temperament and character traits predict future burden of depression. *Journal of Affective Disorders*, 158, 139–147. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.017>

- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122–135.
- Roy, A. (2002). Childhood trauma and neuroticism as an adult: possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Psychological Medicine*, 32(8), 1471–1474.
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 146–153. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00849.x>
- Sahin, S., Yüksel, Ç., Güler, J., Karadayı, G., Akturan, E., Göde, E., Üçok, A. (2013). The history of childhood trauma among individuals with ultra high risk for psychosis is as common as among patients with first-episode schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 414–420. <http://doi.org/10.1111/eip.12022>
- Salum, G. A., Polanczyk, G. V., Miguel, E. C., & Rohde, L. A. P. (2010). Effects of childhood development on late-life mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 498–503. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ead33>
- Samet, K. (2003). A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium*, 41(2).
- Seixas, C. E. (2014). Associação de esquemas iniciais desadaptativos em transtornos do eixo I. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. Disponível: <http://w3.ufsm.br/ppgp/images/dissertacoes/2013-2014/carloseduardo.pdf>
- Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 11. <http://doi.org/10.1186/s40479-015-0032-y>
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383–1392.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426–447. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2013). Early maladaptive schemas of substance abusers and their intimate partners. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(3), 266–275. <http://doi.org/10.1080/02791072.2013.805982>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2014). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 21–28. <http://doi.org/10.1002/cpp.1803>

- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592>
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). The Future of Personality Disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry*, 166(4), 388–391. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010090>
- Specht, M. W., Chapman, A., & Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 256–264. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.005>
- Sroufe, L. A. (2009). The Concept of Development in Developmental Psychopathology. *Child development perspectives*, 3(3), 178–183. <http://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x>
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17–29.
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1996). Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: three or four temperament dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 127–140.
- Stenbæk, D. S., Jensen, C. G., Holst, K. K., Mortensen, E. L., Knudsen, G. M., & Frokjaer, V. G. (2014). Does Harm Avoidance mediate effects of recollected parental bonding on mental distress in adulthood? *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 1007–1014. <http://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2013.12.005>
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva* (5^o ed). Porto Alegre: Artmed.
- Sulin, R. A., & James, D. (1974). Intrusion of a thematic idea in retention of prose. *Journal of Experimental Psychology*, 103(2), 255–262. <http://doi.org/10.1037/h0036846>
- Svrakic, D. M., & Cloninger, R. C. (2010). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153–166.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189–195.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 991–999.
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., & Polcari, A. (2014). Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological Psychiatry*, 76(4), 297–305. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.016>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and

- subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(9), E563–E572. <http://doi.org/10.1073/pnas.1115396109>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114–1133. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n/a–n/a. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52–59. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001>
- Tofoli, S. M. de C., Baes, C. V. W., Martins, C. M. S., & Juruena, M. (2011). Early life stress, HPA axis, and depression. Recuperado 10 de abril de 2015, de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=207021112011>
- Tottenham, N. (2014). The importance of early experiences for neuro-affective development. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 109–129. http://doi.org/10.1007/7854_2013_254
- Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., Mancini, F., Mancini, F. (2014). Specific Dysphoric Symptoms Are Predicted by Early Maladaptive Schemas, Specific Dysphoric Symptoms Are Predicted by Early Maladaptive Schemas. *The Scientific World Journal*, 2014, 2014, e231965. <http://doi.org/10.1155/2014/231965>, 10.1155/2014/231965
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 355–380. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1–25. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- Tuominen, L., Salo, J., Hirvonen, J., Nägren, K., Laine, P., Melartin, T., Keltikangas-Järvinen, L. (2013). Temperament, character and serotonin activity in the human brain: a positron emission tomography study based on a general population cohort. *Psychological Medicine*, 43(4), 881–894. <http://doi.org/10.1017/S003329171200164X>
- Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 199–204. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.09.002>
- Ventriglio, A., Gentile, A., Baldessarini, R. J., & Bellomo, A. (2015). Early-life stress and psychiatric disorders: epidemiology, neurobiology and innovative pharmacological targets. *Current Pharmaceutical Design*, 21(11), 1379–1387.

- Viola, T. W., Salum, G. A., Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Levandowski, M. L., & Grassi-Oliveira, R. (2016). The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child Abuse & Neglect*, 51, 1–11. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.019>
- Wiley, J. (2005). A fair and balanced look at the news: What affects memory for controversial arguments? *Journal of Memory and Language*, 53(1), 95–109. <http://doi.org/10.1016/j.jml.2005.02.001>
- Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 5–10. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.006>
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 87–97. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.007>
- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine*, 45(11), 2309–2319. <http://doi.org/10.1017/S0033291715000252>
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>
- World Health Organization. *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014. . Recuperado em 15 de Agosto, 2015, de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf>
- World Health Organization. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization; 2006. Recuperado em 15 de Agosto, 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
- Yang, S., Sung, J., Kim, J.-H., Song, Y.-M., Lee, K., Kim, H.-N., Cloninger, C. R. (2015). Some personality traits converge gradually by long-term partnership through the lifecourse--genetic and environmental structure of Cloninger's temperament and character dimensions. *Journal of Psychiatric Research*, 63, 43–49. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.020>
- Young, Klosko, & Weishaar. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamentais Inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381–387.

Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 829–836. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.10.004>

Anexo A – Artigo: Relações entre Eventos Estressores Precoces, Personalidade e sintomas psiquiátricos: um estudo exploratório em amostra não clínica

Revista Paidéia (Classificação Qualis CAPES A1 / Fator de Impacto 0.0385, Fevereiro de 2016)

Ismael Ferreira da Costa; Mirelly Araújo; Maria Paula Santos; Melyssa Kellyane Cavalcante Galdino.

Título:

Relações entre Eventos Estressores Precoces, Personalidade e Sintomas Psiquiátricos: um estudo exploratório em amostra não clínica

Título em inglês:

Relations between Stressful Events Early, Temperament and Character and psychiatric symptoms in non clinical sample

Resumo: A ocorrência de Eventos Estressores Precoces pode ser um fator determinante para o desenvolvimento de características de personalidade disfuncionais e transtornos mentais. O objetivo do presente estudo foi analisar a possível relação entre Eventos Estressores Precoces, características de personalidade e sintomas psiquiátricos em amostra não clínica. Foram utilizados para coleta de dados: um questionário sociodemográfico, o Inventário de Auto Avaliação para Adultos, o Questionário sobre Traumas na Infância e o Inventário de Temperamento e Caráter. As análises estatísticas foram realizadas através de Test *t* e Correlação de Pearson. Os resultados expõem associação entre a ocorrência de Estresse Precoce e maior presença de fator de temperamento Evitação de Danos e menor Presença de fator de Caráter Auto Direcionamento, ambos também apresentaram correlações com sintomas psiquiátricos. Sugere-se que Estresse Precoce possa exercer influência sobre o desenvolvimento de características de personalidade que funcionem como diáteses contribuindo para o surgimento de sintomas psiquiátricos.

Palavras-chave: eventos estressores precoces, personalidade, sintomas psiquiátricos

Abstract: The occurrence of Early Life Stress (ELSSs) can be a determining factor for the development of dysfunctional personality traits and mental disorders. The aim of this study was to analyze the possible relationship between stressors ELSSs, personality traits and psychiatric symptoms in nonclinical sample. They were used for data collection: a sociodemographic questionnaire, the Inventory Self-Assessment for Adults, the Questionnaire on Trauma in Childhood and the Inventory of Temperament and Character. Statistical analyzes were performed using *t* test and *Pearson's* correlation. The results expose association between the occurrence of ELSSs and greater presence temperament factor harm avoidance and minor character factor presence self-directedness, both also showed correlations with

psychiatric symptoms. It is suggested that ELSs may influence the development of personality characteristics that serve as diathesis for the emergence of psychiatric symptoms.

Keywords: early life stress, Temperament and Character, psychiatric symptoms

As relações entre a presença de Eventos Estresses Precoces (EEPs) ou Traumas na infância e adolescência e o desenvolvimento de Transtornos Mentais na vida adulta é um campo de investigação frutífero e esclarecedor nos últimos anos (Teicher & Samson, 2016). Estudos têm exposto de forma clara o potencial impacto que adversidades durante estes períodos podem exercer sobre o estabelecimento de vulnerabilidades específicas ao desenvolvimento de Transtornos mentais (C. P. Carr et al., 2013).

Apesar dos EEPs poderem assumir diversos formatos (Kalmakis & Chandler, 2014), alguns são mais investigados em comparação a outros. Caso dos Abusos Físico, Sexual, Emocional, e das Negligências Física e Emocional (Martins et al., 2011) que são descritos como associados com transtornos diversos, como Depressão (Martins et al., 2014), transtorno bipolar (Leverich & Post, 2006), transtornos de ansiedade (Hovens et al., 2012), esquizofrenia (Sahin et al., 2013), abuso de substâncias (Banducci, Hoffman, Lejuez, & Koenen, 2014), transtornos de personalidade (Zhang, Chow, Wang, Dai, & Xiao, 2012) e risco de suicídio (Barbosa et al., 2014).

Muitos estudos buscam justificar esta associação através do entendimento dos efeitos do estresse sobre o cérebro durante a infância e adolescência. Defendem que a ocorrência de Estresse Precoce durante estes períodos podem alterar de forma permanente o padrão de funcionamento do Eixo Hipotalâmico Hipofisário Adrenal (Hipotalamic Pituitary Adrenal - HPA), sistema responsável pela regulação dos mecanismos neuroendócrinos relacionados ao estresse (Lupien et al., 2009; Frodl & O'Keane, 2013). Estas mudanças levam a um aumento na liberação de glicocorticoides e mineralocorticoides no organismo, tendo como consequência um impacto sobre o desenvolvimento de estruturas cerebrais que possuem receptores para estes hormônios e exercem papel de feedback negativo sobre o funcionamento do HPA (Teicher & Samson, 2016).

Diversos estudos apontam que a presença de algumas características ou traços específicos de personalidade podem funcionar como diáteses importantes ao desenvolvimento de transtornos mentais diversos, como depressão, Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, abuso de substância, transtornos alimentares, fobia social, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós traumático, transtorno de ansiedade generalizada (Fassino et al., 2013) e transtornos de personalidade (A. G. C. Wright & Simms, 2015).

Entretanto poucos estudos buscam relacionar EEPs, personalidade e sintomas psiquiátricos ao mesmo tempo, e sobretudo levando em consideração um modelo de personalidade que se propõe a investigar características de personalidade descritas como mais flexíveis a influência ambiental como também características mais estáveis e menos reativa ao ambiente.

Um modelo de personalidade que explicitamente defende esta compreensão é o Modelo Psicobiológico de Cloninger (C. Robert Cloninger et al., 1997; C. R. Cloninger et al., 1993). Nele, postula-se que a personalidade é composta por temperamento e caráter, domínios interrelacionados que, hipotetiza-se, interagem de forma dinâmica e continua, regulam o desenvolvimento das funções psicológicas e estabelecem a personalidade.

O temperamento compõe o domínio hereditário da personalidade, caracterizado pelos traços que se manifestam desde o início da vida, de forma independente do meio externo. Reflete as respostas automáticas do indivíduo a estímulos emocionalmente relevantes, e inclui respostas emocionais básicas como medo, raiva, apego, e tenacidade. O caráter envolve as diferenças individuais dos processos cognitivos superiores subjacente aos objetivos e valores desenvolvidos pela pessoa durante sua vida através de suas experiências. Diferente do temperamento, o caráter é mais flexível à mudança com a idade e maturação sendo influenciado por fatores como os já existentes traços de temperamento, pressões socioculturais e as experiências de vida únicas do indivíduo (D. M. Svrakic et al., 2002).

Svrakic & Cloninger (2010) , sugerem que o desenvolvimento da personalidade reflete um complexo esforço adaptativo voltado a auto organização do indivíduo objetivando um adequado ajuste entre suas necessidades internas (temperamento emocional) e demandas externas (normas e costumes sociais). Esta adaptação pode não ocorrer de maneira funcional devido a presença de disposições comportamentais prévias extremas e inflexíveis, por efeitos de um ambiente patogênico, ou por ambos.

Levando em consideração a influencia que o ambiente exerce sobre a personalidade (Cloninger et al., 1993) e a importância da infância nesse sentido (Josefsson, Jokela, Cloninger, et al., 2013), sugere-se que eventos traumáticos ocorridos na infância podem influenciar no desenvolvimento de traços de personalidade. podendo influenciar no desenvolvimento de vulnerabilidade para a instabilidade emocional dos sujeitos(De Clercq et al., 2012).

O objetivo do presente estudo foi identificar as possíveis relações entre EEPs, características de Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos em uma amostra não clínica.

MÉTODO

Participantes:

A amostra do presente estudo foi obtida de forma não aleatória, composta por 200 pessoas de ambos os sexos, entre 18 e 30 anos de idade (média) e alfabetizadas, oriundas das cidades de João Pessoa (PB), Mari (PB) e Porteiras (CE).

Instrumentos:

Questionário sociodemográfico

Inventário de Auto Avaliação para Adultos (Adult Self-Report Inventory - ASRI) (Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Weiss, M., 2004) – inventário voltado a avaliação quantitativa de sintomas

psiquiátricos de 19 transtornos mentais conforme proposto pelo DSM-IV. É composto por 136 itens que devem ser classificados em escala *Likert* que varia de 0 (nunca) a 3 muito frequentemente. Para o presente estudo foram utilizadas as escalas para os seguintes transtornos: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Pânico (TP), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Fobia social, Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), Transtorno Depressivo Maior (TDM), Mania, Distímia, Transtorno por Uso de Substância (TUS), Esquizofrenia, Transtorno de Personalidade Esquizóide e Transtorno de Personalidade Borderline. O instrumento produz dois escores, um para cada transtorno através de ponto de corte que aponta a presença ou não de sintomas baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV; o outro escore é baseado na severidade dos sintomas, que mensura a sintomatologia total em cada transtorno, este último possibilita um escore final total de sintomas a partir da soma das escalas de todos os transtornos. Não existem dados brasileiros de adaptação cultural ou validação para este instrumento. Por esse motivo foi utilizada a tradução para o português da versão original do inventário realizada por Lara e colaboradores (Lara et al., 2012) que encontra-se em processo de validação.

Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) (Bernstein et al., 2003) entrevista retrospectiva e autoaplicável que investiga história de abuso e negligência durante a infância, podendo ser aplicado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos, composta por 28 itens organizados em uma escala *likert* que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). O instrumento avalia 5 subtipos de traumas na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. As pontuações variam de 5 a 25 para cada tipo de abuso. O grau de severidade de cada abuso é categorizado em quatro níveis, indivíduos que apresentam escores ‘Moderado a Severo’ ou ‘Severo a Extremo’ em qualquer subtipo de trauma, são identificados Com Estresse Precoces, os categorizados entre os escores ‘Nenhum a mínimo’ e ‘Leve a Moderado’ são considerados Sem Estresse Precoces. O

instrumento ainda permite a produção de um escore total a partir do somatório dos escores de todos os cinco subtipos de traumas. O CTQ encontra-se traduzido e adaptado à população brasileira (Grassi-Oliveira et al., 2006) com boas características psicométricas (Grassi-Oliveira et al., 2014).

Inventário de Temperamento e Caráter-Revisado (ITC-R)(C. R. Cloninger, 1987; C. R. Cloninger et al., 1993) questionário voltado a avaliação de características de temperamento e caráter das pessoa, abrangendo quatro fatores relacionados ao Temperamento (evitação de danos, busca de novidade, dependência de recompensa e persistência) e três fatores relacionados ao Caráter (autodirecionamento, cooperatividade e auto transcendência). O ITC possui 240 itens que são classificados de acordo com uma escala *Likert* que varia de 1 (definitivamente falso) a 5 (definitivamente verdadeiro). O instrumento produz escores totais e médios para cada fator de temperamento e caráter avaliado. Para o presente estudo foram utilizados os valores totais. O inventário se encontra validado e normatizado para ser utilizado na população brasileira apresentando boas propriedades psicométricas (Goncalves & Cloninger, 2010).

Procedimentos

Coleta de dados: os dados foram coletados de forma individual ou coletiva em duas etapas. Na primeira, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes responderam o questionário sociodemográfico e o Inventário de Auto Avaliação para Adulto (ASRI), em média esta primeira etapa durou 30 minutos. Na segunda etapa foram respondidos o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ) e o Inventário de Temperamento e Caráter - Revisado (ITC-R), esta aplicação também teve duração média de 30 minutos. Antes do início da aplicação, todos os instrumentos referentes a cada etapa eram

apresentados e a forma de se responder era devidamente esclarecida. O intervalo entre a aplicação das duas etapas obedeceu a um período máximo de 10 dias.

Análise de dados: Os dados foram analisados com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As análises descritivas foram realizadas tendo por base o estabelecimento de médias, desvio-padrão, frequências e porcentagem. Para as análises inferenciais de comparação de dois grupos (ex.: grupo com histórico de EEPs e grupo sem histórico de EEPs) foram utilizados o teste *t* de student. Para as análises de correlação foi utilizado o teste de *Pearson* (Ex.: EEPs e Sintomas Psiquiátricos). Para todos os dados analisados foram consideradas significativas às diferenças com valores $p < 0,05$.

Considerações éticas

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Desta forma, toda a pesquisa foi realizada conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), que trata das diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra total do presente estudo foi composta predominantemente por participantes do sexo feminino ($n=170$, 65%), de cor parda ($n=88$, 44%); solteiros (as) ($n=171$, 85,5%) e estudantes ($n=155$) cursando o ensino superior ($n=124$, 63,3%). Com relação a religião, a maioria se descreveu como católica ($n=95$, 47,7%) e morando com os seus pais ($n=136$, 68,3%). A idade média da amostra geral foi de 22,70 (DP=3,52), variando de 18 à 30 anos.

Caracterização da amostra de acordo com a presença de Eventos Estressores Precoces

Para análise comparativa das variáveis em estudo a amostra foi dividida em dois grupos, um apresentado como ‘Com Estresse Precoce’ e outro descrito como ‘Sem Estresse Precoce’. A amostra descrita Com Estresse Precoce foi formada por 100 participantes (50%) e a sem histórico de Estresse Precoce também com 100 participantes (50%). Dentre os participantes que foram identificados com histórico de EEPs, 54 (27%) sofreram Abuso Emocional; 39 (19,5%) Negligência Emocional, 38 (19%) Abuso Físico; 29 (14,5%) Negligência física e 18 (9.6 %) Abuso Sexual.

Os escores totais obtidos através do CTQ apontam diferenças significativas entre o grupo com e sem Estresse Precoce ($t(182)=13,48$, $p<0.01$). De forma similar, todas as médias por subtipo de Evento Estressor referente ao grupo com Estresse Precoce foram significativamente superiores às obtidas pelo grupo sem Estresse Precoce, destacando-se Abuso Emocional ($t(196)=9,65$, $p<0.01$) e Negligência Emocional ($t(191)=7,73$, $p<0.01$) com as diferenças mais representativas seguidas por Abuso Físico ($t(196)=7,01$, $p<0,001$) e Negligência Física ($t(194)=6,76$, $p<0.01$). Abuso Sexual ($t(195)=5,38$, $p<0,001$) foi o subtipo que apresentou diferença menos representativa.

Caracterização da amostra de acordo com Eventos Estressores Precoces e sintomas psiquiátricos

Como apresentado pela Tabela 1, a presença de sintomatologia psiquiátrica é significativamente maior no grupo caracterizado Com Estresse Precoce tanto com respeito à totalidade dos sintomas psiquiátricos ($t(193)=5,79$, $p<0.01$), como também em cada transtorno avaliado, dentre eles: Transtorno de ansiedade Generalizada ($t(198)=4,30$, $p<0.01$); Depressão ($t(198)=5,16$, $p<0.01$); Fobia social ($t(198)=3,18$, $p<0.05$); Distímia ($t(198)=4,38$, $p<0.01$) e Transtorno de Personalidade Borderline ($t(197)=4,88$, $p<0.01$).

[Inserir Tabela 1]

As correlações entre o escore total de EEPs e sintomas psiquiátricos expõem associação positiva de moderada intensidade ($r=0,46$, $p<0,01$). Mesma tendência é observada com os outros subtipos de EEPs, com exceção do Abuso físico ($r=0,14$, $p=0,06$), onde a correlação não foi significativa. Entre Sintomas psiquiátricos e Abuso Emocional também houve correlação positiva moderada ($r=0,47$, $p<0,01$). Apesar de com intensidades menores, os sintomas psiquiátricos também apresentaram correlação com Negligência Emocional ($r=0,35$, $p<0,01$), Negligência Física ($r=0,28$, $p<0,01$) e Abuso sexual ($r=0,27$, $p<0,01$).

Caracterização da amostra de acordo com as médias dos fatores de Temperamento e Caráter e Eventos Estressores Precoces

Com relação às médias referente aos fatores de Temperamento e Caráter entre os grupos sem e com Estresse, o único fator que apresentou diferenças significativas foi Auto Direcionamento da dimensão Caráter ($t(181)=4,34$, $p<0,01$), com média significativamente inferior no grupo Com Estresse Precoce. Os demais fatores não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos.

[Inserir Tabela 2]

Nas correlações apresentadas na tabela 2 entre Temperamento e EEPs, dois fatores desta dimensão apresentaram correlações fracas. Evitação de Danos correlacionou-se de forma positiva ($r=0,20$, $p<0,01$) e Dependência de Recompensa de forma negativa ($r=0,16$, $p<0,01$) com o escore total de Estressores Precoces. Na dimensão caráter, os fatores Auto

Direcionamento ($r=-0,39$, $p<0.01$) e Cooperatividade ($r=-0,15$, $p<0.05$) apresentaram ambas correlações fracas e negativas com Estressores Precoces. Com relação aos subtipos de Estressores Precoces, Negligência e Abuso emocional e Negligência Física foram os que apresentaram maior número de correlações com os fatores de temperamento e caráter. Abuso físico não apresentou correlação com nenhum fator de Temperamento ou Caráter. Dentre todos os fatores de personalidade, o que apresentou maior correlação foi Auto Direcionamento, correlação mais representativa foi moderada e negativa entre Abuso Emocional e Auto Direcionamento ($r=-0,40$, $p<0,01$).

Caracterização da amostra de acordo com as dimensões de Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos

As médias dos fatores de temperamento e caráter de acordo com a presença ou não de Sintomas Psiquiátricos são apresentadas na Tabela 3 e demonstram diferenças significativas em dois fatores. Evitação de danos, da dimensão de temperamento, apresentou escore médio superior no grupo com sintomas psiquiátricos ($t(179)=4,41$, $p<0.01$) e Auto direcionamento apresentou média inferior no grupo com sintomas psiquiátricos ($t(179)=9,80$, $p<0.01$).

[Inserir Tabela 3]

Na tabela 4 encontram-se as correlações entre os fatores de Temperamento e Caráter e o escore total de sintomas psiquiátricos. O fator de temperamento Evitação de Danos apresentou correlação positiva e moderada com os sintomas psiquiátricos ($r=0,49$, $p<0,01$). Dentre os demais fatores de temperamento, Dependência de Recompensa ($r=-0,09$, $p<0,01$) e persistência ($r=-0,16$, $p<0,01$) apresentam correlação fraca e negativa. Na dimensão Caráter, observou-se correlação moderada e negativa entre o fator Auto Direcionamento e sintomas

psiquiátricos ($r=-0,69$, $p<0,01$) e correlação fraca e negativa entre o fator Cooperatividade e sintomas psiquiátricos ($r=-0,21$, $p<0,01$).

[Inserir Tabela 4]

Discussão

A relação entre Eventos Estressores Precoces (EEPs) e transtornos mentais é confirmada de forma incisiva por uma grande quantidade de estudos (C. P. Carr et al., 2013; Brietzke et al., 2012; Martins et al., 2011; Kessler et al., 2010). De forma similar, há grande consenso no que diz respeito aos impactos que esses eventos exercem sobre o sistema neuroendócrino (Lupien et al., 2009), levando a alterações em seu funcionamento e prejuízo no desenvolvimento de importantes estruturas cerebrais (Teicher & Samson, 2016). Apesar deste importante entendimento, não se observa correspondente compreensão e uniformidade com relação a associação entre Estresse Precoces, personalidade e sintomas psiquiátricos.

Os resultados obtidos expõem relações significativas entre EEPs, características de Temperamento e Caráter, e sintomas psiquiátricos. Além disso, identificou-se associações entre o fator de Temperamento Evitação de Danos e o fator de Caráter Auto Direcionamento com sintomas psiquiátricos. Apesar das limitações inerentes a estudos de natureza correlacional, sugere-se que a presença de Estresse Precoces pode exercer influência sobre o desenvolvimento de características de personalidade, atuando assim como fatores de vulnerabilidade importantes ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos.

A prevalência de Estresse Precoces em 50% da amostra pode refletir como este é um fenômeno comum e bastante presente na sociedade. Dados epidemiológicos apontam que o Estresse Precoces é um fenômeno frequente nos mais variados países, sejam eles desenvolvidos ou subdesenvolvidos (Kessler et al., 2010), sendo considerado um problema social complexo e de amplo alcance, não respeitando barreiras socioeconômicas ou educacionais. Segundo relatório baseado em informações de 133 países, estima-se que um

quarto de todos os adultos relatou ter sido vítima de alguma forma de abuso quando crianças; entre as mulheres, um quinto afirmou ter sido sexualmente abusada. Apesar dos números expressivos, ressalte-se que boa parte dos traumas ocorridos na infância são sub notificados, não se sabendo então a real amplitude do problema (WHO, 2014).

Após a amostra ser dividida com relação a presença ou não de Estresse Precoce observou-se que os subtipos identificados como mais prevalentes na amostra foram abuso emocional e Negligência Emocional. Embora os abusos sexual e físico sejam os mais amplamente investigados na literatura (Martins et al., 2011; C. P. Carr et al., 2013), estudos mais recentes investigaram a presença de mais de um subtipo de Estresse Precoce e identificaram que abuso e negligência emocional são os Estressores Precoces mais frequentes em populações não-clínicas (Barbosa et al., 2014; Dias et al., 2015) e em populações clínicas (Martins et al., 2014).

Alguns fatores podem estar relacionados com a maior prevalência destes subtipos de Estresse Precoce, a exemplo da forma permissiva como estes eventos são encarados socialmente, e assim podem passar despercebidos e acabar resultando em sua continuidade e desenrolar insidioso e permanente. Por aparentemente não serem nocivos e não deixarem marcas físicas, também não são devidamente tratados (Farazmand, Mohammadkhani, Pourshahbaz, & Dolatshahi, 2015). Outro fator possivelmente influente é a aceitação pelas pessoas em geral de que abuso e negligência emocional não exercem ou exercem pouco impacto negativo sobre suas vítimas em comparação com as outras formas de abuso e negligência (Egeland, 2009; Hornor, 2012; Michael P. Hengartner et al., 2014).

Sobre a incidência comparativa de sintomas psiquiátricos entre os grupos com e sem Estresse Precoce, os resultados apontam maior prevalência de sintomas psiquiátricos na amostra que apresenta Estresse Precoce. Além disso, também se identificou correlação positiva e moderada entre os escores totais de sintomas psiquiátricos e EEPs e entre todos os

demais subtipos de Estresse Precoce, com exceção de abuso físico. Estes resultados reiteram achados amplamente notificados neste campo de estudos que relacionam a presença de EEPs como estando associada a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos e transtornos mentais (Kessler et al., 2010; Martins et al., 2011; C. P. Carr et al., 2013).

No que diz respeito à correlação entre os subtipos de Estresse Precoce e sintomas psiquiátricos na amostra, Abuso Emocional foi o subtipo de Estresse Precoce que apresentou correlação mais significativa com sintomas psiquiátricos. Dados similares são encontrados em outros estudos. Dias et al. (2015) observaram que o Abuso Emocional foi o preditor mais significativo sobre sintomas psiquiátricos, especialmente com relação a ideação Paranóide, Depressão, sensibilidade interpessoal e Psicose. Martins et al. (2014) também identificaram efeito diferenciado do Abuso Emocional comparado as outras formas de Estresse Precoce sobre a severidade de sintomas psiquiátricos relacionados a depressão, desesperança, ideação suicida, ansiedade e impulsividade.

As diferenças observadas entre os grupos com e sem Estresse Precoce com relação ao fator de Caráter Auto direcionamento, e a correlação negativa entre as variáveis Auto Direcionamento e Cooperatividade e Estresse Precoce foram identificadas em outros estudos. Rademaker et al. (2008) observaram que a presença de traumas em geral e, especificamente, o subtipo Abuso Emocional estão associados com baixos escores em Auto direcionamento e Cooperatividade. De Carvalho et al. (2014) obtém resultados similares no fator Auto Direcionamento, que apresentou-se como fortemente associado a traumas em geral e, particularmente, Abuso e Negligência Emocional. Associação similar, porém moderada foi encontrada entre Abuso e Negligência Emocional e Cooperatividade.

É importante salientar que auto direcionamento é descrito como sendo o primeiro fator de caráter a começar a se estruturar durante o desenvolvimento da personalidade, por isso é

considerado como o mais relevante fator deste domínio e o que costuma se apresentar mais prejudicado em pessoas com Estresse Precoce e com transtornos mentais. Auto direcionamento refere-se a auto determinação e “força de vontade”. A capacidade de um indivíduo de controlar, regular, e adaptar comportamentos ajustando-se a cada situação de acordo com seus objetivos, escolhas e valores. Este fator de caráter é formado através de experiências e aprendizagens sociais e se organizam como esquemas cognitivos compostos por conhecimentos adaptativos sobre si mesmos e sobre os outros (C. R. Cloninger et al., 1997; C. R. Cloninger et al., 1993).

Os resultados obtidos neste estudo apontam não haver distinção em nenhum fator de temperamento entre os dois grupos. A presença de Estresse Precoce aparentemente não interfere no percurso de desenvolvimento destes fatores. Já as correlações expõem associação positiva e moderada entre Estresse Precoce e evitação de danos e associação negativa e fraca entre dependência de recompensa e Estresse Precoce.

Rademaker et al. (2008) não identificaram mudanças ou associações entre fatores de temperamento e trauma infantil em seus resultados e sugerem que isto ocorreu em decorrência da natureza hereditária do temperamento. Entretanto, é importante observar que a amostra de militares utilizada neste estudo pode conter vieses. De Carvalho et al. (2014) identificaram em seus resultados, associação positiva e forte entre evitação de danos e Estresse Precoce e associação negativa e moderada entre dependência de recompensa e persistência, e Estresse Precoce. Os autores enfatizam que traumas na infância produzem efeitos nocivos sobre o Temperamento e o Caráter

Evitação de danos emerge como o fator de Temperamento mais relacionado a presença de Estresse Precoce neste estudo. Cloninger (1987) e Samet (2003), descrevem indivíduos com altos índices dessa característica como sendo excessivamente cautelosos, cuidadosos, medrosos, tensos, apreensivos, nervosos, tímidos, duvidosos, inseguros, passivos, negativistas

ou pessimistas mesmo em situações que normalmente não preocupariam outras pessoas. Fassino et al. (2013), descrevem evitação de danos como sendo uma diátese central para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Devido à natureza correlacional deste e dos estudos citados, não é possível justificar os resultados apresentados como associados a uma influência dos EEPs sobre a constituição dos fatores de caráter em comparação aos fatores de Temperamento. Para realização desta afirmativa seria necessário uma avaliação contínua e longitudinal do desenvolvimento desses fatores antes e depois da ocorrência do Estresse Precoce, algo metodologicamente difícil de ser realizado.

Os resultados também apontaram maior presença de evitação de danos associada a menor presença de auto direcionamento no grupo com sintomas psiquiátricos, juntamente com correlações positiva e moderada de evitação de danos, e negativa e moderada de auto direcionamento com sintomas psiquiátricos é o dado mais recorrente encontrado nos estudos que avaliam temperamento e caráter em populações clínicas. Em abrangente revisão realizada por Fassino et al. (2013), evitação de danos e auto direcionamento foram identificados como fatores de vulnerabilidade centrais para o desenvolvimento, manutenção, severidade e recorrência de transtornos mentais, sendo também um preditor de insucesso em tratamentos psicoterápicos e farmacológicos. Em diversos transtornos categorizados no eixo I observou-se que evitação de danos apresentou escores significativamente altos em 88% dos estudos e Auto Direcionamento apresentou escores significativamente baixos em 96%.

Resultados similares também são identificados com relação aos transtornos de personalidade. Jylhä et al. (2013) compararam grupos clínicos com e sem transtornos de personalidade, e observaram que o grupo com transtornos de personalidade apresentou escores baixos em auto direcionamento e cooperatividade, além disso, aqueles com transtornos dos grupos B e C também apresentaram maior associação com escores altos em

Busca de Novidade e Evitação de Danos. (Dereboy et al., 2014) a partir de um estudo de prevalência, identificaram resultados similares, baixos escores em Auto Direcionamento e Cooperatividade, principalmente nos Transtorno de Personalidade do grupo B.

Auto direcionamento de forma mais presente e cooperatividade de maneira menos sensível geralmente apresentam mudanças em resposta a presença de Estresse Precoce e se mostram claramente alterados em pessoas com transtornos mentais; auto transcendência, entretanto, não emerge como fator distinto em nenhum dos casos. Segundo C. R. Cloninger et al., (1993), auto transcendência é um domínio que costuma assumir relevância para o ajustamento do indivíduo e satisfação pessoal mais tardiamente, por volta dos 35 anos, e está relacionado com o último estágio do amadurecimento do *self*, após auto direcionamento e cooperatividade.

Os resultados obtidos nesse estudo são indicativos importantes da relação entre Eventos estressores precoces e o desenvolvimento de traços de personalidade disfuncionais e o impacto negativo sobre a expressão de características adaptativas. Além disso, expõe também as possíveis associações entre estas características de personalidade com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos.

A compreensão do alcance e amplitude que Eventos Estressores Precoces podem trazer sobre as suas vítimas encerra grande importância, seja como forma de mobilizar e conscientizar a sociedade sobre os prejuízos e marcas, algumas delas permanentes, que estas práticas podem deixar, ou como conhecimento útil no suporte adequado a pessoas que possuem histórico de Estresse Precoce, sobretudo àqueles com algum transtorno mental. Saliente-se que pessoas com transtornos mentais que tenham este histórico costumeiramente apresentam sintomas psiquiátricos e percurso de tratamento diferenciado, marcado por maior gravidade e recorrência em relação a população clínica que não tenham sofrido Estresse Precoce.

Neste sentido, a personalidade pode ser um elemento decisivo a ser levado em consideração em protocolos de tratamento voltados a este público, visto haver possibilidade de terem se desenvolvido de forma desadaptativa ou atuarem como elemento de vulnerabilidade que possa predispor essas pessoas a desenvolverem e manterem sua condição clínica. Todavia, com o adequado suporte, estas características podem ser manejadas deixando de atuar de forma mantenedora e agravadora de transtornos mentais ou instabilidade emocional.

Referências

- Banducci, A. N., Hoffman, E. M., Lejuez, C. W., & Koenen, K. C. (2014). The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 38(5), 928–938. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.007>
- Barbosa, L. P., Quevedo, L., da Silva, G. D. G., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Branco, J., da Silva, R. A. (2014). Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1191–1196. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.008>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–1020. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.
- Cloninger, C. R., Svrakic, N. M., & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, null(04), 881–906. <http://doi.org/null>
- de Carvalho, H. W., Pereira, R., Frozi, J., Bisol, L. W., Ottoni, G. L., & Lara, D. R. (2014). Childhood trauma is associated with maladaptive personality traits. *Child Abuse & Neglect*. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.013>

- De Clercq, B., Rettew, D. C., Althoff, R. R., & De Bolle, M. (2012). Childhood personality types: vulnerability and adaptation over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(6), 716–722. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02512.x>
- Dereboy, C., Güzel, H. S., Dereboy, F., Okyay, P., & Eskin, M. (2014). Personality disorders in a community sample in Turkey: prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 139–147. <http://doi.org/10.1177/0020764012471596>
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J., & Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 767–778. <http://doi.org/10.1007/s00787-014-0621-0>
- Egeland, B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22–26. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004>
- Farazmand, S., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., & Dolatshahi, B. (2015). Mediating Role of Maladaptive Schemas between Childhood Emotional Maltreatment and Psychological Distress among College Students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(3), 209–217.
- Fassino, S., Amianto, F., Sobrero, C., & Abbate Daga, G. (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica*, 55(4), 397–413.
- Frodl, T., & O’Keane, V. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24–37. <http://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.03.012>
- Goncalves, D. M., & Cloninger, C. R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 126–133. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.007>
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., ... Arteche, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS ONE*, 9(1), e87118. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249–255. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
- Hengartner, M. P., Cohen, L. J., Rodgers, S., Müller, M., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Association Between Childhood Maltreatment and Normal Adult Personality Traits: Exploration of an Understudied Field. *Journal of Personality Disorders*, 1–14. http://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_143

- Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 26(6), 436–442. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.05.004>
- Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198–207. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
- Josefsson, K., Jokela, M., Cloninger, C. R., Hintsanen, M., Salo, J., Hintsala, T., Keltikangas-Järvinen, L. (2013). Maturity and change in personality: developmental trends of temperament and character in adulthood. *Development and Psychopathology*, 25(3), 713–727. <http://doi.org/10.1017/S0954579413000126>
- Jylhä, P., Ketokivi, M., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Isometsä, E. (2013). Temperament, character and personality disorders. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 28(8), 483–491. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.06.003>
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501. <http://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(5), 378–385. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Lara, D. R., Ottoni, G. L., Brunstein, M. G., Frozi, J., de Carvalho, H. W., & Bisol, L. W. (2012). Development and validity data of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 390–398. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.011>
- Leverich, G. S., & Post, R. M. (2006). Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet (London, England)*, 367(9516), 1040–1042. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68450-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68450-X)
- Li, X., Wang, Z., Hou, Y., Wang, Y., Liu, J., & Wang, C. (2014). Effects of childhood trauma on personality in a sample of Chinese adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 788–796. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.002>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <http://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Martins, C. M. S., Tofoli, S. M. de C., Baes, C. V. W., & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. Recuperado 8 de outubro de 2014, de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=207021112007>
- Martins, C. M. S., Von Werne Baes, C., Tofoli, S. M. de C., & Juruena, M. F. (2014). Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression

- in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(11), 774–782. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000202>
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Mulwijk, A., & Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 863–875. <http://doi.org/10.1002/jclp.20495>
- Sahin, S., Yüksel, Ç., Güler, J., Karadayı, G., Akturan, E., Göde, E., ... Üçok, A. (2013). The history of childhood trauma among individuals with ultra high risk for psychosis is as common as among patients with first-episode schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 414–420. <http://doi.org/10.1111/eip.12022>
- Samet, K. (2003). A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium*, 41(2)
- Svrakic, D. M., & Cloninger, R. C. (2010). Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 153–166.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189–195.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n/a–n/a. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine*, 45(11), 2309–2319. <http://doi.org/10.1017/S0033291715000252>
- World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 829–836. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.10.004>

Tabelas

Tabela 1.

Distribuição da sintomatologia psiquiátrica entre os grupos Com e Sem Estresse Precoce

Transtornos	Sem Estresse Precoce M (DP)	Com Estresse Precoce M (DP)
Sintomas Psiquiátricos (Total)	28,06 (16,38)	43,22 (19,98)***
TAG	8,03 (3,90)	10,61 (4,54)**
TP	1,36 (1,34)	1,92 (1,50)*
TOC	0,84 (1,18)	1,96 (2,15)**
Fobia social	2,46 (2,06)	3,42 (2,19)*
TEPT	1,43 (1,35)	2,17 (1,77)*
TDM	2,85 (2,77)	5,11 (3,38)**
Distímia	1,79 (1,74)	2,99 (2,11)**
Tr. P. Borderline	3,51 (3,13)	5,93 (3,81)**

Nota. M: Média; DP: Desvio Padrão; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TP: Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo Compulsivo; TEPT: Transtorno de Estresse Pós Traumático; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TBH: Tr. P.: Transtorno de Personalidade;

*: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$; ***: $p < 0,001$.

Tabela 2.

Correlação entre fatores de Temperamento/Caráter e EEPs total e subtipos de Estresse Precoce

Fatores Temperamento e Caráter	EEPs (Total)	AE	AF	AS	NE	NF
	<i>r</i>					
T1 – Evitação de Danos	0,20**	0,22**	-0,01	0,10	-0,21**	0,09
T2 – Busca de Novidade	0,02	0,31	0,36	-0,01	0,01	0,05
T3 – Dependência de Recompensa	-0,16*	0,49	0,05	-0,05	-0,29**	-0,19*
T4 – Persistência	-0,11	0,10	0,56	0,02	-0,26**	-0,01
C1 – Auto Direcionamento	-0,39**	-0,40**	-0,11	-0,18*	-0,31	-0,28**
C2 – Cooperatividade	-0,15*	-0,07	0,38	-0,01	-0,16*	-0,22**
C3 – Auto Transcendência	0,09	0,26**	0,16	0,03	-0,57	-0,05

Nota: AE: Abuso Emocional; AF: Abuso Físico; AS: Abuso Sexual; NE: Negligência Emocional; NF: Negligência Física*; $p < 0.05$; **: $p < 0.01$

Tabela3.

Distribuição dos fatores de Temperamento e Caráter de acordo com os subgrupos Sem e Com sintomas psiquiátricos

	Sem sintomas psiquiátricos n = 149 (75.3%)	Com sintomas psiquiátricos n = 49 (24.7%)
	Média (DP)	Média (DP)
T1 – Evitação de Danos	60.37 (9.10)	68.73 (11.70)**
T2 – Busca de Novidades	55,79 (6,57)	56, 27 (6,89)
T3 – Dependência de Recompensa	67, 70 (9,11)	65,91 (12,04)
T4 – Persistência	64,81 (8,83)	61,51 (11,71)
C1 – Auto Direcionamento	72.10 (9.32)	58.04 (8.05)**
C2 – Cooperatividade	77,19 (8,27)	74,22 (9,05)
C3 – Auto Transcendência	57,80 (10,56)	57,97 (14,30)

Nota.M: Média; DP: Desvio Padrão; **: $p < 0.01$

Tabela 4.

Correlação entre fatores de Temperamento e Caráter e sintomas psiquiátricos

	Sintomas Psiquiátricos (Total)
	<i>r</i>
T1 – Evitação de Danos	0,49**
T2 – Busca de Novidades	0,10
T3 – Dependência de Recompensa	-0,09**
T4 – Persistência	-0,16**
C1 – Auto Direcionamento	-0,69**
C2 – Cooperatividade	-0,21**
C3 – Auto Transcendência	0,12

Nota. *r*: Correlação de Pearson; **: $p < 0.01$

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Por meio desse termo você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa: “Relações entre eventos estressores precoces, sintomas psiquiátricos, Esquemas Iniciais Desadaptativos e características de personalidade em amostra não clínica”.

I- Dados sobre a pesquisa científica

Título da pesquisa: “Relações entre eventos estressores precoces, sintomas psiquiátricos, Esquemas Iniciais Desadaptativos e características de personalidade em amostra não clínica”.

Pesquisador: Ismael Ferreira da Costa. Psicólogo, mestrando no Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino, docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

II-Justificativa e objetivo da pesquisa

Dada a crescente necessidade em se compreender com maior profundidade os elementos relacionados ao surgimento, desenvolvimento e manutenção de transtornos mentais, o presente estudo busca investigar as possíveis características cognitivas e de personalidade que possivelmente estejam relacionadas a presença de eventos estressores precoces na população investigada. Compreende-se que tal conhecimento pode ser de significativa utilidade na implementação de modelos terapêuticos e em uma melhor efetividade das intervenções a partir deles desenvolvidas.

IV-Procedimentos

A coleta de dados ocorrerá em duas etapas principais. Na primeira, os participantes responderão o questionário sociodemográfico, o Inventário de Auto Avaliação para Adulto (ASRI) e o Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ). Na segunda etapa serão respondidos o Questionário de Esquemas de Young – forma reduzida (YSQ-SF3) e o Inventário de Temperamento e Caráter - Revisado (ITC-R). Cada etapa de coleta dura em média 40 minutos.

V- Garantias do sujeito da pesquisa

A participação no presente estudo será voluntária e estará condicionada a assinatura deste termo de consentimento. Mesmo após anuência, todos os participantes terão total liberdade em retirar o consentimento e deixarem de participar do estudo sem que tenham nenhum prejuízo. Todos os convidados terão acesso a cada aspecto deste documento estando o pesquisador responsável pela condução do estudo disponível para qualquer outro esclarecimento ou informação necessária solicitada pelos participantes em qualquer momento. Assegura-se a todos os participantes que seus dados individuais não serão identificados em nenhum momento, sendo guardados todo o sigilo e a confidencialidade de suas informações conforme orienta a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), que trata das diretrizes e normas de pesquisa que envolvem seres humanos.

Caso haja necessidade de contato com o responsável pelo estudo por qualquer motivação este poderá ser realizado através dos seguintes meios:

Pesquisador responsável: Ismael Ferreira da Costa
Programa de Pós Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento
Departamento de Psicologia – Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Email: Ismaelferr@gmail.com
Fone: (83) 8818 7653

VI- Riscos e Benefícios da Pesquisa

A pesquisa não envolve procedimentos arriscados identificáveis, no máximo um potencial desconforto emocional devido à natureza de algumas informações que serão solicitadas. Entretanto, caso isto venha a ocorrer, o pesquisador responsável se responsabilizará em tomar as providências necessárias, disponibilizando auxílio especializado em ultimo caso.

Os benefícios associados a sua participação são inúmeros, principalmente os relacionados à elaboração de medidas terapêuticas preventivas em pessoas que sofreram estresse precoce, como também promovendo e tornando público os potenciais efeitos nocivos destes eventos.

VII- Consentimento livre e esclarecido

Declaro que, após esclarecimentos necessários e total compreensão destes, consinto em participar do presente estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2015

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Anexo C - Questionário sociodemográfico

Código de Identificação: _____ Data: ____/____/____

1. Identificação**1.1. Sexo** 1- Masculino () 2 – Feminino ()**1.2. Data de nascimento:** ____/____/____**1.3. Idade:** ____ anos**1.4. Religião:** 1-Católica () 2-Evangélica () 3-Espírita () 4-Ateu ()
5-Outras: _____**1.6. Etnia:** 1-Branco () 2-Pardo () 3-Preto () 4-Amarelo ()**1.5. Situação Conjugal:** 1-Solteiro () 2-Casado ou companheiro (a) fixo (a) ()
3-Separado ou divorciado () 4-Viúvo (a) ()**1.6. Ocupação:** 1 – Estudante () 2-Com ocupação remunerada ()
3-Desempregado (a) () 4-Dona de casa ()**1.7. Mora:** 1 – Pais () 2 – Sozinho () 3 – () Amigos 4 – () Esposa/Filhos**1.8. Renda familiar:** R\$ _____**1.9. Escolaridade:** 1-Fundamental () 2-Médio () 3-Superior ()
Completo () Incompleto ()**1.10. Filhos** 1-Sim () 2-Não ()

Número: _____

1.11. Você já recebeu de um psiquiatra ou psicólogo algum diagnóstico psiquiátrico, como depressão, transtorno bipolar ou transtorno obsessivo compulsivo?

1-Sim () 2-Não () Qual? _____

1.12. Você já fez psicoterapia ? 1-Sim () 2-Não ()

1.13. Já usou/usa medicação psiquiátrica: 1-Sim () 2-Não ()

2. Hábitos

2.1. Tabagista (Fuma) atual: 1-Sim () 2-Não ()

2.2. Tabagista prévio: 1-Sim () 2-Não ()

2.3. Etilista (Bebe) atual: 1-Sim () 2-Não ()

2.4. Etilista prévio: 1-Sim () 2-Não ()

2.5. Drogas ilícitas atual: 1-Sim () 2-Não ()

2.6. Uso prévio de drogas ilícitas: 1-Sim () 2-Não ()

Tipo: _____

3. História familiar de doença psiquiátrica: 1-Sim () 2-Não ()

Parentesco	Diagnóstico
Pai	
Mãe	
Irmão	
Avós/Avôs	
Outros _____	

Anexo D - Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ)

INSTRUÇÕES: Este questionário investiga a presença de possíveis eventos traumáticos ocorridos na sua infância. Por favor, marque a opção que melhor se adequa às suas experiências.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Anexo E - Questionário de Esquemas de Young – (YSQ – S3)

INSTRUÇÕES:

Abaixo estão listadas as afirmações que as pessoas podem utilizar para se descrever. Por favor, leia cada afirmação e, em seguida, classifique-a com base em como você se encaixa. Quando você não tiver certeza, baseie sua resposta sobre o que você **sente emocionalmente**, e não sobre o que você pensa ser verdadeiro.

Alguns dos itens se referem a sua relação com os seus pais ou parceiros românticos. Se alguma(s) desta(s) pessoa(s) faleceu, por favor, responda esses itens com base nas suas relações de quando estava(m) vivo(s). Se atualmente não tem um(a) parceiro(a) romântico(a), mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor, responda o item com base em seu relacionamento amoroso significativo mais recente.

Escolha a melhor pontuação de 1 a 6 na escala de classificação abaixo que melhor descreve você, em seguida, escreva sua resposta na linha antes de cada declaração.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO:

- 1 = Completamente falso sobre mim
- 2 = Mais falso do que verdadeiro sobre mim
- 3 = Um pouco mais verdadeiro do que falso sobre mim
- 4 = Moderadamente verdadeiro sobre mim
- 5 = Em grande parte verdadeiro sobre mim
- 6 = Me descreve perfeitamente

1. ____ Eu não tenho ninguém que cuide de mim, que compartilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que acontece comigo.
2. ____ Costumo me apegar muito às pessoas que são mais próximas de mim porque tenho medo que elas me abandonem.
3. ____ Sinto que as pessoas irão aproveitar-se de mim.
4. ____ Sou um(a) desajustado(a).
5. ____ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
6. ____ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como aquilo que os outros são capazes de fazer.
7. ____ Não me sinto capaz de me arranjar sozinho(a) no dia-a-dia.
8. ____ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de ruim está para acontecer.
9. ____ Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, assim como fazem as outras pessoas da minha idade.
10. ____ Sinto que, se fizer o que quero, só vou acabar tendo problemas.
11. ____ Sou sempre eu que acabo cuidando das pessoas que são mais próximas a mim.
12. ____ Sou muito controlado(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (por ex., afeto, mostrar que me preocupo).
13. ____ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
14. ____ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta quando quero alguma coisa dos outros.
15. ____ Não consigo me disciplinar o suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou chatas.

- 1 = Completamente falso sobre mim
 2 = Mais falso do que verdadeiro sobre mim
 3 = Um pouco mais verdadeiro do que falso sobre mim
 4 = Moderadamente verdadeiro sobre mim
 5 = Em grande parte verdadeiro sobre mim
 6 = Me descreve perfeitamente

16. ____ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes faz eu me sentir uma pessoa com valor.
 17. ____ Mesmo quando as coisas parecem estar correndo bem, sinto que isso é apenas temporário.
 18. ____ Se cometer um erro, mereço ser punido.
 19. ____ Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afeto.
 20. ____ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o fato de poder perdê-los.
 21. ____ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles irão machucar-me intencionalmente.
 22. ____ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.
 23. ____ Ninguém que eu deseje gostaria de ficar comigo depois de conhecer-me como sou realmente.
 24. ____ Sou incompetente quando se trata de atingir objetivos.
 25. ____ Sinto-me uma pessoa dependente, no que se refere ao que tenho que fazer no dia-a-dia.
 26. ____ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.
 27. ____ Eu e os meus pais temos tendência a nos envolvermos excessivamente na vida e nos problemas uns dos outros.
 28. ____ Sinto que não tenho escolha além de ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles irão retaliar-me, ficar zangados ou rejeitar-me de alguma maneira.
 29. ____ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.
 30. ____ Considero embaraçoso expressar os meus sentimentos aos outros.
 31. ____ Esforço-me para fazer o melhor; não posso me contentar em ser 'bom o suficiente'.
 32. ____ Sou especial e não devia ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.
 33. ____ Se não consigo atingir um objetivo, fico facilmente frustrado(a) e desisto.
 34. ____ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim, se for algo que os outros reparem.
 35. ____ Se algo de bom acontecer, preocupo-me com o fato de que algo ruim venha acontecer a seguir.
 36. ____ Se não me esforçar ao máximo, é de se esperar que as coisas corram mal.
 37. ____ Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
 38. ____ Preocupo-me que as pessoas a quem estou ligado(a) me deixem ou me abandonem..
 39. ____ Mais cedo ou mais tarde, acabarei sendo traído(a) por alguém.
 40. ____ Sinto que não pertencço a nenhum grupo; sou um solitário.
 41. ____ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
 42. ____ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito a trabalho e objetivos.
 43. ____ Tenho falta de bom senso.
 44. ____ Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.
 45. ____ É muito difícil para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.

- 1 = Completamente falso sobre mim
 2 = Mais falso do que verdadeiro sobre mim
 3 = Um pouco mais verdadeiro do que falso sobre mim
 4 = Moderadamente verdadeiro sobre mim
 5 = Em grande parte verdadeiro sobre mim
 6 = Me descreve perfeitamente

46. ____ Nas minhas relações com os outros, geralmente deixo que eles me dominem.
 47. ____ Estou tão ocupado(a) em fazer coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.
 48. ____ Para mim é difícil ser afetuoso e espontâneo(a) com os outros.
 49. ____ Tenho que atender à altura todas as minhas responsabilidades e funções.
 50. ____ Detesto ser reprimido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero.
 51. ____ Tenho muita dificuldade em abrir mão de uma recompensa ou prazer imediato, para alcançar um objetivo a longo prazo.
 52. ____ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
 53. ____ Todo o cuidado é pouco; quase sempre algo vai dar errado.
 54. ____ Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as consequências.
 55. ____ Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
 56. ____ Quando sinto que alguém de quem eu gosto está afastando-se de mim, fico desesperado.
 57. ____ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
 58. ____ Sinto-me afastado(a) ou desligado dos outros.
 59. ____ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.
 60. ____ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.
 61. ____ Meu julgamento não é confiável para situações do dia-a-dia.
 62. ____ Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
 63. ____ Com frequência sinto que é como se os meus pais vivessem através de mim; não tenho uma vida própria.
 64. ____ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim, por isso, não sei realmente aquilo que quero para mim.
 65. ____ Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.
 66. ____ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que sou insensível.
 67. ____ Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objetivos.
 68. ____ Sinto que não devia ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.
 69. ____ Não consigo obrigar-me a fazer coisas que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.
 70. ____ Quando faço uma intervenção numa reunião ou quando sou apresentado a alguém num grupo, é importante para mim, obter reconhecimento e admiração.
 71. ____ Por mais que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.
 72. ____ Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, tenho que sofrer as consequências.

- 1 = Completamente falso sobre mim
 2 = Mais falso do que verdadeiro sobre mim
 3 = Um pouco mais verdadeiro do que falso sobre mim
 4 = Moderadamente verdadeiro sobre mim
 5 = Em grande parte verdadeiro sobre mim
 6 = Me descreve perfeitamente

73. ____ Não tenho tido uma pessoa forte ou sábia para me dar conselhos ou me dizer o que fazer quando não tenho a certeza de qual atitude tomar.
74. ____ As vezes, a preocupação que tenho com o fato de as pessoas poderem me deixar é tão grande, que acabo por afastá-las.
75. ____ Estou geralmente à procura de segundas intenções ou de motivos ocultos por detrás do comportamento dos outros.
76. ____ Em grupos, sinto-me sempre fora deles.
77. ____ Sou completamente inaceitável para poder mostrar-me tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.
78. ____ No que diz respeito ao trabalho (ou à escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.
79. ____ Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.
80. ____ Preocupo-me em poder desenvolver uma doença séria, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave por um médico.
81. ____ Com frequência, sinto que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a)..
82. ____ Tenho bastante dificuldade para conseguir que os meus sentimentos sejam levados em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
83. ____ As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o suficiente por mim.
84. ____ As pessoas acham que tenho dificuldade em expressar o que sinto.
85. ____ Não posso descuidar, de forma leviana, das minhas obrigações e nem dar desculpas pelos meus erros.
86. ____ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
87. ____ Raramente tenho sido capaz de levar as minhas decisões até ao fim.
88. ____ Receber muitos elogios dos outros faz com que eu me sinta uma pessoa que têm valor.
89. ____ Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.
90. ____ Sou uma pessoa má que merece ser punida.

Anexo F - Inventário de Temperamento e Caráter – versão revisada (ITC-R)

Nas páginas seguintes você encontrará frases que as pessoas poderiam usar para descrever suas atitudes, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais. Tente descrever a maneira como você USUALMENTE ou GERALMENTE age e sente, não apenas como você está se sentindo nesse momento.

LEIA cada sentença cuidadosamente e decida qual opção descreve melhor você, não demore muito tempo para responder cada questão.

POR FAVOR responda todas as sentenças, mesmo se você não estiver completamente certo da resposta.

LEMBRE-SE, não há questões certas ou erradas – apenas descreva suas opiniões e sentimentos pessoais.

Para cada sentença, escolha uma das cinco respostas a seguir, anotando no espaço o número correspondente.

Escala de Classificação

- 1 = Definitivamente falso
- 2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
- 3 = Nem falso nem verdadeiro
- 4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
- 5 = Definitivamente verdadeiro

Dessa forma, se o item for definitivamente verdadeiro para você, escreva ao lado da sentença o número 5

Se o item é provavelmente ou na maior parte das vezes verdadeiro (ou seja, é mais verdadeiro que falso), escreva ao lado da sentença o número 4.

E assim por diante...

1. ____ Frequentemente tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo
2. ____ Em geral sou confiante de que tudo dará certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas
3. ____ Frequentemente eu sinto que sou vítima das circunstâncias
4. ____ Geralmente consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim
5. ____ Eu prefiro desafios a trabalhos fáceis
6. ____ Frequentemente sinto que minha vida tem pouco sentido ou significado
7. ____ Eu gosto de ajudar a encontrar soluções a fim de que as outras pessoas possa seguir em frente
8. ____ Em geral sinto-me empolgado para iniciar qualquer trabalho que tenho que fazer
9. ____ Frequentemente sinto-me tenso(a) e preocupado(a) em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com que se preocupar
10. ____ Frequentemente faço as coisas baseado(a) em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado
11. ____ Em geral faço as coisas à minha maneira, ao invés de ceder à vontade das outras pessoas

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

12. ____ Frequentemente eu sinto uma forte sensação de unidade com tudo o que está ao meu redor
13. ____ Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico(a) e famoso(a), mesmo que perdesse a confiança de muitos de meus amigos
14. ____ Eu sou muito mais reservado(a) e controlado(a) que a maioria das pessoas
15. ____ Eu gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos em vez de guardá-los comigo
16. ____ Eu tenho menos energia e me canso mais facilmente que a maioria das pessoas
17. ____ Raramente me sinto a vontade para escolher o que quero fazer
18. ____ Eu acho que não compreendo muito bem as pessoas
19. ____ Frequentemente evito encontrar estranhos porque fico inseguro(a) com pessoas que não conheço
20. ____ Eu gosto de agradar aos outros o tanto quanto posso
21. ____ Frequentemente gostaria de ser mais esperto(a) que as outras pessoas
22. ____ Nenhum trabalho é muito difícil para que eu dê o melhor de mim
23. ____ Frequentemente espero que alguém providencie uma solução para meus problemas
24. ____ Com frequência gasto dinheiro até ficar sem nada ou então ficar cheio de dívidas
25. ____ Frequentemente tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando
26. ____ Eu não me importo muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas
27. ____ Habitualmente tento conseguir o que quero para mim mesmo(a), pois de qualquer modo não é possível satisfazer a todos
28. ____ Eu não tenho paciência com as pessoas que não aceitam minhas opiniões
29. ____ Às vezes sinto-me tão ligado(a) à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo
30. ____ Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido(a) que a maioria das pessoas
31. ____ Eu sou mais sentimental que a maioria das pessoas
32. ____ Eu acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas um acaso
33. ____ Quando alguém me machuca de alguma forma, em geral tento revidar
34. ____ Minhas atitudes são determinadas em grande parte por influências fora do meu controle
35. ____ A cada dia tento dar mais um passo em direção aos meus objetivos

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

36. ____ Por favor, responda NA MAIOR PARTE DAS VEZES VERDADEIRO/PROVAVELMENTE VERDADEIRO; este é um item de validação
37. ____ Eu sou muito ambicioso
38. ____ Em geral fico calmo(a) e seguro(a) em situações que para a maioria das pessoas representariam risco físico
39. ____ Eu não acho inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas
40. ____ Eu não consigo ficar com a consciência tranquila se eu tratar injustamente outras pessoas, mesmo que tenham sido injustas comigo
41. ____ Em geral as pessoas me dizem como se sentem
42. ____ Às vezes me sinto como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e espaço
43. ____ Às vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras
44. ____ Eu gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos
45. ____ Quando eu falho em alguma coisa, fico mais determinado para fazer um trabalho melhor
46. ____ Em geral fico mais preocupado que a maioria das pessoas de que alguma coisa dê errado no futuro
47. ____ Geralmente penso em todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão
48. ____ Eu tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de mudar
49. ____ As pessoas me controlam demais
50. ____ Eu gosto de ser útil aos outros
51. ____ Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso
52. ____ Já senti que a minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior que qualquer ser humano
53. ____ Eu tenho reputação de ser muito prático(a) e não agir pelas emoções
54. ____ Eu fico profundamente comovido(a) por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças deficientes)
55. ____ Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar mesmo depois de outras pessoas já terem desistido
56. ____ Eu já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado(a) a tudo o que existe

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

57. ____ Eu sei o que quero para a minha vida
58. ____ Frequentemente não posso lidar com os meus problemas porque não sei o que fazer
59. ____ Eu prefiro gastar dinheiro a economizá-lo
60. ____ Frequentemente dizem que trabalho "como um cavalo" por causa do meu entusiasmo para trabalhar muito
61. ____ Se eu ficar embaraçado(a) ou humilhado(a), supero isso rapidamente
62. ____ Eu gosto de me dedicar muito a empreendimentos maiores e melhores
63. ____ Geralmente necessito de razões práticas muito fortes antes de querer mudar minha antiga maneira de fazer as coisas
64. ____ Quase sempre permaneço relaxado(a) e despreocupado(a), mesmo quando quase todos estão com medo
65. ____ Acho filmes e canções tristes muito chatos
66. ____ As circunstâncias frequentemente forçam-me a fazer coisas contra a minha vontade
67. ____ Geralmente eu gosto de ser malvado(a) com quem foi malvado comigo
68. ____ Frequentemente fico tão encantado(a) com o que estou fazendo que eu me perco por alguns momentos - é como se eu estivesse "desligado(a)" do tempo e do espaço
69. ____ Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo na minha vida
70. ____ Frequentemente sinto-me tenso(a) e preocupado(a) em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum
71. ____ Frequentemente sigo os meus instintos, palpites ou intuições sem examinar totalmente os detalhes
72. ____ Eu adoro me superar em tudo o que faço
73. ____ Frequentemente sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam
74. ____ Em geral tento me imaginar no lugar das outras pessoas para poder realmente compreendê-las
75. ____ Princípios como justiça ou honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida
76. ____ Sou mais trabalhador(a) que muita gente
77. ____ Mesmo nas situações em que a maioria das pessoas não acham importantes, frequentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro
78. ____ Sinto-me confiante e seguro(a) em quase todas as situações sociais

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

79. ____ Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente falo sobre meus pensamentos íntimos
80. ____ Eu sou bom em comunicar meus sentimentos a outras pessoas
81. ____ Tenho mais energia e demoro mais a me cansar que a maioria das pessoas
82. ____ Frequentemente paro o que estou fazendo porque fico preocupado(a), mesmo que meus amigos me digam que tudo vai dar certo
83. ____ Frequentemente gostaria de ser mais poderoso(a) que as outras pessoas
84. ____ Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa
85. ____ Não mudo meu jeito de ser para agradar às outras pessoas
86. ____ Não fico tímido(a) com estranhos de jeito nenhum
87. ____ Gasto a maior parte do tempo com coisas que parecem necessárias, mas não realmente importantes para mim
88. ____ Não acho que princípios éticos ou religiosos sobre o que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócios
89. ____ Frequentemente tento colocar de lado meus próprios julgamentos para que eu possa compreender melhor o que as outras pessoas estão vivendo ou experimentando
90. ____ Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim alcançar objetivos que valham a pena
91. ____ Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor, como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças
92. ____ Demora muito tempo até eu me aproximar afetivamente de outras pessoas
93. ____ Eu sinto prazer em ver meus inimigos sofrerem
94. ____ Não importa o quanto um trabalho seja difícil, eu gosto de começar logo
95. ____ Frequentemente as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado(a) de tudo o que está ao meu redor
96. ____ Em geral gosto de ficar indiferente e desligado das pessoas
97. ____ É mais provável eu chorar em um filme triste que a maioria das pessoas
98. ____ Eu me recupero de doenças leves e estresses mais rapidamente que a maioria das pessoas
99. ____ Frequentemente sinto-me como parte da força espiritual da qual depende toda a vida
100. ____ Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que eu consiga confiar em mim mesmo(a) em diversas situações tentadoras

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

101. ____ Por favor responda DEFINITIVAMENTE FALSO; este é um ítem de validação
102. ____ Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito
103. ____ Em geral estou certo(a) de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia)
104. ____ Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas
105. ____ Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções
106. ____ Eu já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual maravilhoso e divino
107. ____ Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim
108. ____ Parece que a maioria das pessoas tem mais recursos pessoais do que eu
109. ____ Frequentemente quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso
110. ____ Mesmo quando estou com amigos eu prefiro não me abrir muito
111. ____ Quanto mais difícil for um trabalho, mais eu gosto dele
112. ____ Frequentemente quando olho alguma coisa comum ocorre algo maravilhoso: tenho a sensação de estar vendo essa coisa pela primeira vez
113. ____ Em geral sinto-me tenso(a) e preocupado(a) quando tenho que fazer algo novo e desconhecido
114. ____ Entusiasmo-me em começar qualquer tarefa que me seja designada
115. ____ Minha força de vontade é fraca demais para vencer as tentações, mesmo sabendo que sofrerei as consequências
116. ____ Se estou me sentindo aborrecido(a), em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho
117. ____ Eu frequentemente realizo mais do que as pessoas esperavam de mim
118. ____ As experiências religiosas me ajudam a compreender o verdadeiro propósito da minha vida
119. ____ Normalmente me esforço muito mais que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor que posso
120. ____ Por favor responda DEFINITIVAMENTE VERDADEIRO; este é um ítem de validação
121. ____ Em geral sinto-me muito mais confiante e com mais energia que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse
122. ____ Quando nada de novo está acontecendo geralmente começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

123. ____ Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão
124. ____ As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo
125. ____ Eu estabeleço relações calorosas com a maioria das pessoas
126. ____ Eu sou frequentemente descrito como alguém acima da média
127. ____ Eu preferiria ler um livro a conversar sobre meus sentimentos com outra pessoa
128. ____ Gosto de me vingar de quem me machuca
129. ____ Se algo não funciona como eu esperava é mais provável que eu desista do que continue insistindo por muito tempo
130. ____ É fácil para as pessoas se aproximarem emocionalmente de mim
131. ____ Provavelmente ficaria descontraído(a) e seguro(a) ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se fosse comunicado(a) de que eles não fossem cordiais
132. ____ Por favor responda NA MAIOR PARTE DAS VEZES FALSO/PROVAVELMENTE FALSO; este é um item de validação
133. ____ Em geral não gosto de pessoas que tenham ideias diferentes de mim
134. ____ Frequentemente eu demoro um bom tempo para começar qualquer projeto
135. ____ Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para tornar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém
136. ____ É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma habitual de fazer as coisas porque fico muito tenso(a), cansado(a) ou preocupado(a)
137. ____ Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas
138. ____ As pessoas frequentemente acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem
139. ____ Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas
140. ____ Frequentemente desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar
141. ____ O certo e o errado é somente uma questão de opinião
142. ____ Frequentemente aprendo muito com as pessoas
143. ____ Acredito que toda minha vida dependa de algum poder ou ordem espiritual que não podem ser completamente explicados
144. ____ As coisas costumam dar errado para mim, a menos que eu seja muito cuidadoso(a)
145. ____ Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas ideias e atividades

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

146. ____ Eu provavelmente poderia realizar mais do que faço, porém não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando
147. ____ Geralmente evito situações sociais em que encontraria estranhos, mesmo se estivesse seguro(a) de que eles fossem amigáveis
148. ____ Frequentemente sinto-me tão ligado(a) às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós
149. ____ Na maioria das situações minhas reações espontâneas e naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenho desenvolvido
150. ____ Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que poderia estar errado
151. ____ Frequentemente sou chamado(a) de distraído(a) porque fico tão envolvido(a) com o que estou fazendo que perco de vista todo o resto
152. ____ Frequentemente levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios
153. ____ Eu sou frequentemente descrito como abaixo da média
154. ____ Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em grandes ladeiras e curvas fechadas) a ficar quieto(a) e inativo(a) por algumas horas
155. ____ Algumas pessoas acham que sou muito avarento(a) ou pão-duro(a) com meu dinheiro
156. ____ Gosto muito mais das formas antigas e comprovadas de fazer as coisas do que experimentar formas novas e melhoradas
157. ____ Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas em extinção
158. ____ Frequentemente me esforço até o ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso
159. ____ Não sou muito bom(boa) em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado(a) fazendo algo errado
160. ____ Pela repetição de certas práticas tenho desenvolvido bons hábitos que são mais fortes que a maioria dos impulsos momentâneos ou a persuasão
161. ____ Acho que terei muita sorte no futuro
162. ____ Eu me abro facilmente com as pessoas, mesmo quando não as conheço muito bem
163. ____ Qualquer coisa que eu falhe em dominar no início torna-se um desafio pessoal para eu ser bem-sucedido na sua realização
164. ____ Não é preciso ser desonesto(a) para ter sucesso nos negócios
165. ____ Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

166. ____ Eu não seria feliz em um trabalho onde não pudesse me comunicar com pessoas
167. ____ Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle
168. ____ Frequentemente gostaria de ser mais forte que as outras pessoas
169. ____ Frequentemente preciso tirar um cochilo ou ter um período de descanso extra, pois me canso facilmente
170. ____ Tenho problemas em mentir, mesmo que fosse para poupar os sentimentos de alguém
171. ____ Mesmo que haja qualquer problema temporário que eu precise resolver, sempre acho que tudo acabará bem
172. ____ É difícil para eu sentir prazer em gastar dinheiro comigo, mesmo quando eu tenha economizado muito
173. ____ Eu frequentemente dou o melhor de mim sob circunstâncias difíceis
174. ____ Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo(a)
175. ____ Eu tenho uma imaginação muita viva
176. ____ Gosto mais de ficar em casa que viajar ou conhecer lugares novos
177. ____ Amizades calorosas são muito importantes para mim
178. ____ Frequentemente gostaria de ficar jovem para sempre
179. ____ Gosto de ler tudo antes quando me pedem para assinar qualquer papel
180. ____ Acho que ficaria confiante e relaxado(a) ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado(a) de que eles estivessem zangados comigo
181. ____ Acho mais importante ser simpático(a) e compreensivo(a) com os outros do que ser prático(a) e racional
182. ____ Frequentemente gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem
183. ____ Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas
184. ____ Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade
185. ____ A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido
186. ____ Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou estresses
187. ____ Sei que existem princípios na vida que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde

- 1 = Definitivamente falso
 2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
 3 = Nem falso nem verdadeiro
 4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
 5 = Definitivamente verdadeiro

188. ____ Não quero ser mais rico(a) que todos
189. ____ Eu gosto de começar com calma um trabalho, mesmo que seja fácil
190. ____ Eu arriscaria de bom grado minha própria vida para fazer do mundo um lugar melhor
191. ____ Quando meu trabalho não é notado, fico ainda mais determinado para ter sucesso
192. ____ Frequentemente desejo que eu pudesse parar o tempo
193. ____ Odeio tomar decisões baseadas apenas em minhas primeiras impressões
194. ____ Eu preferiria ficar sozinho a lidar com os problemas de outras pessoas
195. ____ Não desejo ser mais admirado(a) que as outras pessoas
196. ____ Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos
197. ____ Eu gosto de fazer logo minhas tarefas e ainda me oferecer para ir além
198. ____ É difícil para mim tolerar pessoas diferentes de mim
199. ____ Eu preferiria agir gentilmente a me vingar de quem me agride
200. ____ Eu realmente sinto prazer em me manter ocupado
201. ____ Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível
202. ____ Eu sou frequentemente bem-sucedido por causa da minha ambição e trabalho duro
203. ____ Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus
204. ____ Bons hábitos têm-se tornado uma "segunda natureza" em mim: são ações espontâneas ou automáticas quase todo o tempo
205. ____ Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo quando muitas pessoas dizem que há uma maneira nova e melhor de fazê-las
206. ____ Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente
207. ____ Eu estou disposto a fazer muitos sacrifícios para ser um sucesso
208. ____ Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo
209. ____ Responda NEM FALSO NEM VERDADEIRO 3; este é um item de validação
210. ____ Gosto de prestar atenção aos detalhes em tudo o que faço
211. ____ Em geral sou livre para escolher o que vou fazer
212. ____ Com frequência fico tão envolvido no que estou fazendo que por algum tempo esqueço onde estou

- 1 = Definitivamente falso
2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso
3 = Nem falso nem verdadeiro
4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro
5 = Definitivamente verdadeiro

213. ____ Gosto que as pessoas saibam que eu realmente me importo com elas
214. ____ Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) a ficar quieto(a) e inativo(a) por algumas horas
215. ____ Como eu frequentemente gasto muito dinheiro impulsivamente, é difícil para mim economizar dinheiro - mesmo para projetos especiais como férias
216. ____ Frequentemente cedo ao desejo dos amigos
217. ____ Nunca fico preocupado com coisas terríveis que possam acontecer no futuro
218. ____ As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um ombro amigo
219. ____ Na maior parte do tempo perdoo rapidamente qualquer um que tenha agido errado comigo
220. ____ Penso que minhas reações naturais têm sido em geral condizentes com meus princípios e meus objetivos a longo prazo
221. ____ Prefiro esperar que alguém tome a frente para fazer as coisas
222. ____ Divirto-me em comprar coisas para mim
223. ____ Tenho tido algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito entusiasmado(a) e feliz
224. ____ Em geral respeito a opinião dos outros
225. ____ Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida
226. ____ Geralmente é tolice promover o sucesso dos outros
227. ____ Com frequência gostaria de poder viver para sempre
228. ____ Quando alguém aponta meus erros, eu trabalho mais que o normal para corrigi-los
229. ____ Eu não desisto do que estou fazendo somente por causa de um longo período de falhas imprevistas
230. ____ Em geral tenho sorte em tudo que tento fazer
231. ____ Gostaria de ter melhor aparência que as outras pessoas
232. ____ Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas produto do pensamento
233. ____ Os direitos individuais são mais importantes que as necessidades de qualquer grupo
234. ____ A desonestidade só causa problemas se você for apanhado(a)
235. ____ Bons hábitos me facilitam fazer as coisas da maneira que quero
236. ____ Os outros e as circunstâncias muitas vezes são responsáveis por meus problemas

1 = Definitivamente falso

2 = Na maior parte das vezes falso/provavelmente falso

3 = Nem falso nem verdadeiro

4 = Na maior parte das vezes verdadeiro/provavelmente verdadeiro

5 = Definitivamente verdadeiro

237. _____ Em geral posso ficar ocupado(a) o dia inteiro sem ter que me esforçar para isso

238. _____ Eu quero ser o melhor em tudo o que eu faço

239. _____ Quase sempre penso a respeito de todos os fatos em detalhes antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida

240. _____ Eu sou rápido em me colocar à disposição quando há algo para ser feito

Anexo G – Certidão de aprovação do comitê de ética em pesquisa

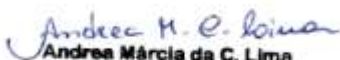


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5ª Reunião realizada no dia 01/07/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE EVENTOS ESTRESSORES PRECOCES, SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS, ESQUEMAS COGNITIVOS E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE EM AMOSTRA NÃO CLÍNICA”**, do pesquisador Ismael Ferreira da Costa. Protocolo 0141/15. CAAE: 43221215.6.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

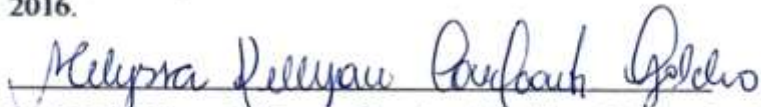
Anexo H – Ata da defesa

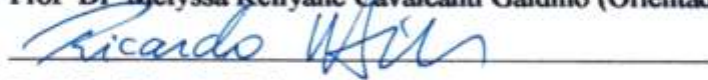


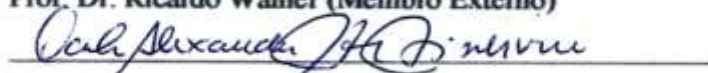
Universidade Federal da Paraíba
Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Campus Universitário, S/N
CEP 58.059-900 João Pessoa/PB – BRASIL

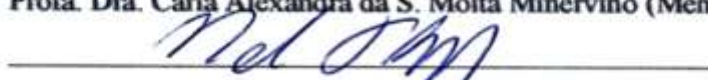
ATA DA BANCA – DEFESA DE DISSERTAÇÃO

No dia 25 do mês de fevereiro de dois mil e dezesseis, na Sala 402 do CCHLA da Universidade Federal da Paraíba - UFPB reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento o exame da defesa de dissertação do mestrando **Ismael Ferreira da Costa**. Foram componentes da banca examinadora os professores: Prof^a. Dr^a. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino (Presidente/Orientadora, CPF 032.524.714-50), Profa. Dra. Carla Alexandra da S. Moita Minervino (DP/CE/UFPB, Membro Interno, CPF 822.263.774-68) e o Prof. Dr. Ricardo Wainer (DP/PUCRS, Membro Externo, CPF 544.003.920-15). Na cerimônia compareceram, além do examinando, alunos da pós-graduação, representantes dos corpos docente e discente da Universidade Federal da Paraíba e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, a presidente da banca, Prof^a. Dr^a. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o examinando **Ismael Ferreira da Costa** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que defendesse sua dissertação de mestrado, intitulada: **“Relações entre Eventos Estressores Precoces, Esquemas Iniciais Desadaptativos, Características de personalidade e sintomas psiquiátricos em amostra não clínica”**. Passando então ao aludido tema, o candidato foi a seguir arguido pelos examinadores na forma regimentar. Ato contínuo passou a comissão, em secreto, a proceder à avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito **“APROVADO”**, o qual foi proclamado pela presidência logo que este foi franqueado ao recinto da solenidade pública. Face à aprovação, a presidente da banca declarou o examinando **Ismael Ferreira da Costa** **habilitado** a receber o grau de Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento. Nada mais havendo a tratar, eu Nelson Torro Alves, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento (PPGNeC) da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos, assino juntamente com todos os membros da banca. João Pessoa, 25 de fevereiro de 2016.


Prof^a Dr^a Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino (Orientadora)


Prof. Dr. Ricardo Wainer (Membro Externo)


Profa. Dra. Carla Alexandra da S. Moita Minervino (Membro Interno)


Prof^o Dr^o Nelson Torro Alves (Coordenador PPGNeC)