



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**TAUILY CLAUSSEN D'ESCRAGNOLLE TAUNAY**

**ASSOCIAÇÕES ENTRE TEMPERAMENTOS AFETIVOS, ESTILOS DE DEFESA E  
MANIFESTAÇÃO PSICOPATOLÓGICA EM UMA AMOSTRA DE BASE  
POPULACIONAL NÃO EPIDEMIOLÓGICA**

**FORTALEZA**

**2014**

**TAUILY CLAUSSEN D'ESCRAGNOLLE TAUNAY**

**ASSOCIAÇÕES ENTRE TEMPERAMENTOS AFETIVOS, ESTILOS DE DEFESA E  
MANIFESTAÇÃO PSICOPATOLÓGICA EM UMA AMOSTRA DE BASE  
POPULACIONAL NÃO EPIDEMIOLÓGICA**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Medicina.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniele Silveira Macêdo.

**FORTALEZA**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- T223a Taunay, Taaily Claussen D`Escragnolle.  
Associações entre temperamentos afetivos, estilos de defesa e manifestação psicopatológica em uma amostra de base populacional não epidemiológica / Taaily Claussen D`Escragnolle Taunay. – 2014.  
101 f. : il.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Clínica, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Doutorado em Ciências Médicas, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Ciências Médicas.  
Orientação: Profa. Dr. André Férrer Carvalho.  
Coorientação: Profa. Dra. Daniele Silveira Macêdo.
1. Temperamento. 2. Mecanismos de Defesa. 3. Depressão. 4. Transtornos Somatoformes. 5. Internet. I. Título.

---

CDD 616.8527

**TAUILY CLAUSSEN D'ESCRAGNOLLE TAUNAY**

**ASSOCIAÇÕES ENTRE TEMPERAMENTOS AFETIVOS, ESTILOS DE DEFESA E  
MANIFESTAÇÃO PSICOPATOLÓGICA EM UMA AMOSTRA DE BASE  
POPULACIONAL NÃO EPIDEMIOLÓGICA**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor. Área de concentração: Medicina.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. André Férrer Carvalho (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Alexandre Braga Libório  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Catarina Nívea Bezerra  
Universidade de Fortaleza – Unifor

---

Prof. Dr. Diogo Rizzato Lara  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

---

Prof. Dr. Fernando Neves  
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

*“Sentimento ilhado, morto e amordaçado,  
volta a incomodar”.*

Raimundo Fágner

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer ao professor Dr. Andre Ferrer Carvalho, orientador deste trabalho, com quem eu tive a honra e o orgulho de aprender a produzir ciência. Agradeço-o por gentilmente me convidar para participar deste desafio extremamente gratificante de permanecer residindo em Fortaleza para buscar o título de Doutor com um tema de grande interesse para a Psiquiatria e a Psicologia.

À co-orientadora deste trabalho, professora Dr<sup>a</sup>. Danielle Silveira Macêdo, que com seu conhecimento em Neurociências, competência profissional e pela pessoa que é, contribuiu para que eu realizasse o presente trabalho, me provendo importantes ensinamentos.

Ao professor Dr. Francisco de Assis Aquino Gondim (Cid), outro grande cientista nacional, que foi o primeiro a me apoiar, desde a época de graduação, na formação em Ciência, com quem eu tenho a honra de ter um livro publicado, além de convívio e aprendizagem significativos.

À professora Geane Matos, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, extremamente competente e adorável professora, por seus ensinamentos e apoio a mim oferecido.

À neuropsicóloga Luciane Ponte e Silva, outra pessoa adorável, competente e inteligente, que tive o imenso prazer de conhecer e a partir de quem eu me inspirei para iniciar uma caminhada no campo da Neuropsicologia.

Um agradecimento especial ao professor Dr. Diogo Lara (PUC-RS), autor da teoria dos 12 Temperamentos Afetivos e Emocionais que colaborou substancialmente e significativamente para a realização deste trabalho.

Por fim, quero agradecer à minha família, em especial à minha esposa Karine, por seu precioso Amor, cumplicidade e paciência, ao meu filho Ian, pelo alimento emocional e espiritual que me proporciona apenas por existir, ao meu falecido avô Francisco Claussen, que me ensinou com sabedoria a estrutura

*intelectual necessária para realização deste trabalho, à minha mãe Sheila, que me ensinou os princípios e valores que me constituem como pessoa e a todos demais familiares: Daisy (avó, falecida), Nancy (tia), Carolina (irmã), Leonardo (irmão), Alfredo (pai), Salete (sogra), Nilo (sogro), além de cunhados, demais familiares e amigos.*

*A todos, **Muito Obrigado!***

## RESUMO

Os temperamentos afetivos formam a base para o humor, comportamento, personalidade e parte da cognição. Recentemente, um modelo de temperamento tem sido proposto capaz de simultaneamente avaliar temperamentos afetivos e suas dimensões emocionais. Este modelo integra o modelo psicobiológico de temperamento de Cloninger e as formulações em temperamento afetivo de Kraepelin/Akiskal. De acordo este modelo (isto é, AFFECT), existem 12 tipos de temperamentos afetivos predominantes (depressivo, apático, lábil, ansioso, ciclotímico, hipertímico, irritável, desinibido, disfórico, eutímico, obsessivo e eufórico) que surgem a partir da interação entre dimensões emocionais (raiva, vontade, desejo, inibição, sensibilidade, *coping* e controle). Os mecanismos de defesa do Ego são uma relevante dimensão inconsciente da estrutura de personalidade os quais atuam como um mediador psíquico entre estressores externos, conflitos internos e comportamentos exibidos durante situações de estresse. Diversos complexos mecanismos, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais, podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos e somáticos. A relação entre temperamentos afetivos e mecanismos de defesa permanece desconhecida, bem como de que modo estes construtos da personalidade podem interagir na psicopatogênese de sintomas depressivos e somáticos. Este trabalho tem como objetivo investigar as relações entre temperamentos afetivos e emocionais e estilos de defesa e como estes contribuem para a formação de sintomas depressivos e somáticos em uma grande amostra. Este é um estudo transversal, de base populacional (n=9937), cujos dados obtivemos via inquérito eletrônico (i.e., internet) através do *Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology* (BRAINSTEP), a qual consiste de instrumentos psicológicos, comportamentais e psiquiátricos, divididos em duas seções. Foram coletados dados sociodemográficos dos participantes e estes responderam aos seguintes instrumentos validados: Escala Composta de Temperamento Emocional e Afetivo (AFFECTS); Questionário de Estilo Defensivo-40 (DSQ-40); Lista de Checagem de Sintomas-90-Revisado (SCL-90-R). As análises foram controladas para idade, gênero e escolaridade (e sintomas depressivos para a formação de sintomas somáticos). Dentre os 9937 participantes do estudo, verificamos que os indivíduos com temperamentos do tipo hipertímico e eutímico apresentaram estilos de defesa maduros (56,9% e 49,7%, respectivamente), enquanto que o estilo de defesa imaturo foi predominante nos temperamentos ciclotímico (51,3%), lábil (50,5%), depressivo (43,0%), disfórico (39,2%), eufórico (37,0%) e desinibido (34,3). Altos escores no estilo de defesa imaturo e baixos escores no estilo de defesa maduro estão associados independentemente com sintomas depressivos e somáticos. Temperamentos hipertímicos e eutímicos foram independentemente associados a menos sintomas depressivos ( $F_{[ANCOVA]}=206,45$ ;  $p<0,001$ ) e somáticos ( $F_{[ANCOVA]}=77,43$ ;  $p<0,001$ ). Os temperamentos hipertímicos e eutímicos atuaram como moderadores na correlação entre estilos de defesa maduros e sintomas depressivos. Indivíduos com



temperamentos disfórico, ciclotímico e depressivo e que adotam predominantemente mecanismos de defesa de deslocamento, somatização e agressão passiva apresentam maior gravidade de sintomas somáticos. O temperamento disfórico atua como moderador da correlação entre o mecanismo de defesa de deslocamento e diversos sintomas somáticos, independentemente dos sintomas depressivos. Apesar de que os temperamentos afetivos e mecanismos de defesa sejam construtos de personalidade independentes, eles interagem na formação de sintomas depressivos e somáticos em uma grande amostra. Estes achados abrem importantes perspectivas na compreensão da formação de sintomas psicopatológicos.

**Descritores:** Temperamentos, mecanismos de defesa, depressão, transtornos somatoformes, internet.

## ABSTRACT

Affective temperaments forming a common substrate for mood, behavior, personality, and part of cognition. Recently, a temperament model has been proposed able to simultaneously assess affective temperaments and its emotional dimensions. This model integrates psychobiological model of temperament and Kraepelin/Akiskal formulations on affective temperaments. According to this model (i.e., AFECT), there are 12 predominant affective temperaments (depressive, apathetic, volatile, anxious, cyclothymic, hyperthymic, irritable, disinhibited, dysphoric, euthymic, obsessive and euphoric) which emerge from the interaction between emotional dimensions (anger, drive, inhibition, sensitivity, coping and control). Ego defense mechanisms are relevant unconscious personality structure dimensions which act as psychic mediators between external stressors, internal conflicts and exhibited behaviors during stressful situations. Several complex mechanisms including biological, psychological and social factors may contribute to the development of depressive and bodily symptoms. The relationship between affective temperaments and defense styles remain unknown, as well how these personality constructs may interact in the psychopathogenesis of the depressive and somatic symptoms. This work aims to investigate the relationships between affective and emotional temperaments, defense styles, and how this interaction contribute to formation of depressive and somatic symptoms in a large sample. This is a cross-sectional, population-based study (n=9937), in which we obtained data from an internet-based inquiry, i.e. the *Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology* (BRAINSTEP), which consists of psychological, behavioural and psychiatric instruments, divided in two sessions. Sociodemographic data were obtained from participants and they had responded to the following validated instruments: Affective and Emotional Composite Temperament Scale (AFECTS), the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). The analyses were controlled for age, gender and education (and depressive symptoms for bodily symptoms formation). Among 9937 participants, we observed that individuals with hyperthymic and euthymic temperaments presented with a mature defensive style (56.9% and 49.7%, respectively), whereas the immature defensive style was predominant in cyclothymic (51.3%), volatile (50.5%), depressive (43.0%), dysphoric (39.2%), euphoric (37.0%) and disinhibited (34.3) temperaments. Higher scores in the immature defensive style and lower scores in the mature defensive style were independently associated with depressive and bodily symptoms. Hyperthymic and euthymic temperaments were independently associated with less depressive ( $F_{[ANCOVA]}=206.45$ ;  $p<0.001$ ) and somatic ( $F_{[ANCOVA]}=77.43$ ;  $p<0.001$ ) symptoms. Hyperthymic and euthymic temperaments acted as moderators in the correlation between mature defensive styles and depressive symptoms. Individuals with dysphoric, cyclothymic and depressive temperaments who adopt predominantly displacement, somatization, passive aggression defense mechanisms present more severe bodily symptoms. The dysphoric temperament act as moderator of the correlation between the displacement defense mechanism and diverse bodily symptoms, independently of depressive symptoms. Notwithstanding the fact that affective temperaments and

defense mechanisms are independent personality constructs they interact in the formation of depressive and somatic symptoms in a large sample. These findings open important clinical perspectives in understanding the formation of psychopathological symptoms.

**Descriptors:** Temperament, defense mechanisms, depression, somatoform disorder, internet.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características psicológicas dos 12 temperamentos afetivos	18
<b>Tabela 2</b> - Dimensões emocionais fatorialmente associadas aos temperamentos afetivos	19
<b>Tabela 3</b> - Bases neuroanatômicas e neuroquímicas das dimensões emocionais e cognitivas associadas ao temperamento afetivo e emocional	22
<b>Tabela 4</b> - Estilos defensivos e respectivos mecanismos de defesa	30
<b>Tabela 5</b> - Definição dos mecanismos de defesa	30
<b>Tabela 6</b> - Aspectos clínicos da depressão	34
<b>Tabela 7</b> - Distribuição dos itens do DSQ, de acordo com o mecanismo e o estilo em que se agrupam	45
<b>Tabela 8</b> - Distribuição dos itens do SCL-90R, de acordo com o grupo de sintomas	46
<b>Tabela 9</b> - Características sociodemográficas da amostra (N=9937)	49
<b>Tabela 10</b> - Análise fatorial conjunta das escalas AFECTS e DSQ-40 (solução Oblimim)	52
<b>Tabela 11</b> - Análise de regressão múltipla hierárquica para examinar se o temperamento hipertímico e/ou eutímico são moderadores da relação entre estilos de defesa maduros e/ou imaturos e sintomatologia depressiva (variável critério-dependente: escala de depressão do SCL-90-R)	56
<b>Tabela 12</b> - Modelo hierárquico dos fatores associados com sintomas de somatização	60
<b>Tabela 13</b> - Análise de regressão múltipla hierárquica para examinar se o temperamento disfórico é um moderador da relação entre defesa de deslocamento e sintomas de somatização (variável critério-dependente: escala de somatização do SCL-90-R)	62
<b>Tabela 14</b> - Sintomas somáticos específicos associados com temperamento disfórico, defesa deslocamento predominante e seu termo de interação (temperamento disfórico x defesa deslocamento) ajustado para idade, gênero e escolaridade (N=9937)	63

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Matriz tipológica dos temperamentos afetivos e emocionais. Os vetores emocionais são representados pelas setas em “X”, sendo a dimensão da inibição representada pela seta descendente e a da ativação, pela seta ascendente. A dimensão do controle é representada pelo “C” pontilhado. A baixa sensibilidade e o alto coping são representados pela nuvem branca no centro. Os temperamentos estáveis estão localizados ao redor do “5”, os instáveis, ao redor do “2” e “4”, os externalizantes, ao redor do “1” e os internalizantes, ao redor do “3” 21
- Figura 2** - Distribuição percentilica da pontuação obtida no questionário que avalia os três estilos de defesa: (a) maduro, (b) neurótico e (c) imaturo entre os 12 tipos de temperamentos afetivos 51
- Figura 3** - Valores médios de sintomas depressivos medidos pela escala de depressão SCL-90-R em relação aos 3 estilos de defesa. Valores ajustados para sexo, idade e escolaridade 53
- Figura 4** - Valores médios de sintomas depressivos medidos pela escala de depressão SCL-90-R em relação aos 12 tipos de temperamentos. Valores ajustados para sexo, idade e escolaridade 54
- Figura 5** - Gráficos de dispersão mostrando linhas de melhor ajuste para pessoas com e sem temperamentos hipertímico e eutímico. As linhas contínuas representam pessoas sem o temperamento e as linhas tracejadas representam pessoas com o temperamento como indicado: (a) temperamento hipertímico como moderador na relação entre sintomas depressivos e estilos de defesa maduros; (b) temperamento eutímico como moderador na relação entre sintomas depressivos e estilos de defesa maduros 55
- Figura 6** - Média dos valores dos sintomas somatização medidos pela escala de somatização do SCL-90-R em relação aos 12 temperamentos afetivos. Valores ajustados para idade, gênero e escolaridade 57
- Figura 7** - Média dos valores dos sintomas somatização medidos pela escala de somatização do SCL-90-R em relação aos 20 mecanismos de defesa. Valores ajustados para idade, gênero e escolaridade 58
- Figura 8** - Gráfico de dispersão mostrando linhas de melhor ajuste para pessoas com e sem temperamento disfórico quando este tipo de temperamento é testado como moderador na relação entre defesa de deslocamento e sintomas de somatização. A linha vermelha representa pessoa com temperamento disfórico e a linha verde representa pessoas sem este tipo de temperamento 61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFECT	<i>Affective and Emotional Composite Temperament</i>
AFECTS	<i>Affective and Emotional Composite Temperament Scale</i>
ARSR	Escala de Autorrelato para Adultos
ASRI	<i>Adult Self-report Inventory</i>
ASSIST	Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias
DMRS	<i>Defense Mechanism Rating Scale</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM Manual	Diagnósticos e Estatístico dos Transtornos Mentais
DSQ	Questionário de Estilos de Defesa
EP	Erro Padrão
FEG	Funcionamento Emocional Global
HCL	<i>Hypomania Check-list</i>
MDE	Mecanismos de Defesa do Ego
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEMPS-A	Autoquestionário de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego
SCL	Lista de Checagem de Sintomas
WHOQOL	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>1.1</b>	<b>Temperamentos Afetivos</b>	<b>16</b>
1.1.1	Aspectos Neurobiológicos dos Temperamentos Afetivos e Emocionais	22
1.1.2	Potenciais Clínicos do Modelo AFECT	25
<b>1.2</b>	<b>Estilos de Defesa</b>	<b>26</b>
1.2.1	Mensuração das Defesas	29
1.2.2	Defesas e Adaptação Psicossocial	32
<b>1.3</b>	<b>Sintomas Depressivos</b>	<b>33</b>
<b>1.4</b>	<b>Sintomas Somáticos</b>	<b>34</b>
<b>1.5</b>	<b>Justificativa</b>	<b>37</b>
<b>2</b>	<b>PERGUNTA DE PARTIDA</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>40</b>
4.1	Objetivo Geral	40
4.2	Objetivos Específicos	40
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>41</b>
5.1	Características gerais do estudo e critérios de seleção	41
5.2	Instrumentos utilizados	42
5.2.1	AFECTS (ANEXO A)	43
5.2.2	DSQ-40 (ANEXO B)	44
5.2.3	SCL-90R (ANEXO C)	45
5.3	Análise Estatística de Dados	46
5.4	Aspectos éticos	48
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>49</b>
6.1	Descrição da Amostra	49
6.2	Relações entre Temperamentos Afetivos e Estilos de Defesa	50
6.3	Relação entre Estilos de Defesa, Temperamentos Afetivos e Sintomas Depressivos	52

<b>6.4 Relações entre Estilos de Defesa, Temperamentos Afetivos e Sintomas Somáticos</b>	<b>57</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>64</b>
<b>7.1 Estilos de Defesa e Temperamentos Afetivos</b>	<b>64</b>
<b>7.2 Estilos de Defesa e Temperamentos Afetivos e Sintomas Depressivos</b>	<b>67</b>
<b>7.3 Estilos de Defesa e Temperamentos Afetivos e Sintomas Somáticos</b>	<b>68</b>
<b>7.4 Aplicações clínicas do presente estudo</b>	<b>73</b>
<b>7.5 Ponderações acerca do presente estudo</b>	<b>74</b>
<b>8 CONCLUSÕES</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>



# 1 INTRODUÇÃO

*“No futuro, as hipóteses psicanalíticas serão explicadas pela Biologia.”*

Sigmund Freud

Desde os primórdios da clínica em saúde mental, têm havido muitas dificuldades na compreensão da psicopatologia em função de modelos derivados de escolas de pensamento de bases epistemológicas distintas em Psicologia e em Psiquiatria. Tais escolas ou paradigmas podem dar origem a visões de homem e de mundo, por vezes, controversas, geradoras de conflitos na determinação de fatores psicopatogenéticos e na terminologia utilizada (MULDER *al.* 1996). Desse modo, há uma generalizada dificuldade na tradução conceitual de um paradigma a outro, dificultando a integralização das ações entre variados profissionais da saúde. Neste trabalho, buscamos estreitar este diálogo ao investigar associações entre um construto neuropsiquiátrico e genético – os temperamentos afetivos e emocionais, de um lado, e um construto psicanalítico e aprendido – os mecanismos de defesa, por outro, em uma amostra brasileira de base populacional. Tal iniciativa tem a perspectiva de aprimorar a compreensão acerca da formação da sintomatologia psiquiátrica, especificamente, de sintomas depressivos e somáticos.

## 1.1 Temperamentos Afetivos

O temperamento se refere à natureza emocional e a qualidade do humor prevalente, sendo principalmente herdado e observável desde os primeiros anos de vida, sendo relativamente estável ao longo do tempo, mas que sofre influências do meio (ALLPORT, 1969; CLONINGER; SVRAKIC; PZRYBECK, 1993; LARA, 2012). Trata-se da dimensão, predominantemente, biológica da personalidade, considerada bidirecional, pois influencia o comportamento diante dos estímulos ambientais e é influenciado pelas consequências biopsicossociais de sua ação (GAZZANIGGA; HEATHERTON, 2005; LARA, 2012). O temperamento serve de base para o

desenvolvimento da personalidade, juntamente com os valores e crenças do indivíduo, e é maleável a partir da compreensão das próprias características emocionais, de modo que o autoconhecimento gerado pelos processos de terapia ou avaliação torna-se o primeiro passo para aprender como lidar com seu próprio modo de ser (LARA, 2012).

Ao longo da história, diferentes pesquisadores vêm propondo diversos conceitos influentes sobre temperamento e personalidade, os quais podem ser divididos em dois grandes grupos: por um lado, uma abordagem analítica, específica a dimensões e sistemas emocionais e comportamentais, como os sistemas de ativação e inibição comportamental de Pickering e Gray (1999), o modelo psicobiológico de temperamento (genético, composto por busca por novidades; evitação de sofrimento; dependência de recompensas e persistência) e caráter (adquirido, composto por autodiretividade; cooperatividade e autotranscendência) de Cloninger, Svrakic e Pzrybeck (1993) e o modelo dos cinco Grandes Fatores (neuroticismo, abertura, conscienciosidade, extroversão e amabilidade) por McCrae e Costa (1987); por outro lado, uma abordagem sintética do temperamento, como os cinco temperamentos afetivos (depressivo, ansioso, ciclotímico, irritável e hipertímico) de Akiskal, Akiskal e colegas (2005a) e os 3 tipos humanos (leptossômico, atlético e pícnico) de Kretschmer (1921).

Lara e colegas propuseram um construto integrado de temperamento emocional e afetivo, denominado “modelo Medo e Raiva”, com implicações clínicas, neurobiológicas e psicofarmacológicas, que podem ser integradas e formam um substrato comum para humor, comportamento, personalidade e parte da cognição (LARA; AKISKAL, 2006; LARA *et al.*, 2006) . A partir de revisões subsequentes deste modelo, Lara e colegas desenvolveram o modelo AFECT (do inglês, *Affective and Emotional Composite Temperament*) e chegaram a 12 os tipos de temperamentos afetivos (depressivo, apático, lábil, ansioso, ciclotímico, hipertímico, irritável, desinibido, disfórico, eufímico, obsessivo e eufórico; tabela 1) com implicações para o humor, comportamento e personalidade normais e patológicos (LARA *et al.*, 2012a). Estes foram concebidos a partir da combinação dos modelos (categóricos) de temperamento de Kraepelin (1921), Akiskal e Akiskal (2005) e Eysenck (1997). Lara (2012) defende que tais temperamentos surgem a partir da interação entre seis dimensões emocionais (sensibilidade,  *coping*, controle, inibição, raiva e vontade; tabela 2) desenvolvidos a partir dos modelos emocionais

(dimensionais) de McCrae e Costa (1987), Rothbart, Ahadi *et al.* (2000), Gray (1983) e Cloninger, Svrakic *et al.* (1993).

**Tabela 1 - Características psicológicas dos 12 temperamentos afetivos.**

Depressivo	Tem tendência à tristeza e à melancolia; vê pouca graça nas coisas; tende a se desvalorizar; não gosta muito de mudanças; prefere ouvir a falar.
Ansioso/ Evitativo	É muito preocupado e cuidadoso; frequentemente se sente inseguro e apreensivo; tem medo de que coisas ruins aconteçam; tenta evitar situações de risco; está sempre alerta e vigilante.
Apático	Tem pouca iniciativa; com frequência se desligo do que os outros estão dizendo ou fazendo; muitas vezes não conclui o que começou; tende à passividade e é um pouco lento.
Obsessivo	É exigente, dedicado, perfeccionista, detalhista e rígido; precisa ter o controle das coisas; não lida bem com incertezas e erros.
Ciclotímico	Seu humor é imprevisível e instável (altos e baixos), muda rapidamente ou de maneira desproporcional aos fatos; tem fases de grande energia, entusiasmo e agilidade que se alternam com outras fases de lentidão, perda de interesse e desânimo.
Disfórico	Tem uma forte tendência a se sentir agitado, tenso, ansioso e irritado ao mesmo tempo.
Eutímico	Seu humor é equilibrado e previsível, costuma mudar só quando há um motivo claro; tem boa disposição e, em geral, se sente bem consigo mesmo.
Irritável	É muito sincero, direto e determinado, mas também irritado, explosivo e desconfiado.
Lábil/Volátil	É dispersivo, inquieto, desligado e desorganizado; às vezes é precipitado ou inconveniente e só se dá conta mais tarde; muda de interesse rapidamente; tem dificuldade em concluir tarefas e fazer o que deveria.
Desinibido/ Hiperativo	É inquieto, ativo, espontâneo e distraído; muitas vezes age de maneira precipitada e inconsequente; é muito comum deixar para fazer as coisas na última hora; quando se irrita, logo fica bem de novo.
Hipertímico	Está sempre de bom humor, é muito confiante e se diverte facilmente; adora novidades; faz várias coisas sem se cansar; vai atrás do que quer até conquistar; tem forte tendência à liderança.
Eufórico	É expansivo, rápido, falante e intenso; tem muitas ideias e se distrai facilmente; é imediatista, explosivo e impaciente; se expõe a riscos por excesso de confiança ou empolgação; exagera no que lhe dá prazer; não gosta de rotina e de regras.

**Fonte:** LARA, 2012.

**Tabela 2** - Dimensões emocionais fatorialmente associadas aos temperamentos afetivos.

	Inibição	Coping	Vontade	Controle	Raiva	Sensibilidade
Depressivo	↑↑	↓↓	↓↓	↔	↔	↑↑
Ansioso/Evitativo	↑↑	↓	↔	↑	↔	↑↑
Ciclotímico	↔	↓	↔	↓	↑↑	↑↑
Disfórico	↔	↓	↔	↔	↑↑	↑↑
Apático	↑	↓↓	↓	↓↓	↓	↔
Eutímico	↔	↑↑	↑	↑↑	↓↓	↓↓
Irritável	↔	↑	↑	↑	↑↑	↔
Lábil/Volátil	↓	↓↓	↔	↓↓	↑	↑↑
Desinibido	↓↓	↔	↑	↓↓	↔	↔
Hipertímico	↓↓	↑↑	↑↑	↑↑	↓	↓↓
Obsessivo	↔	↑	↑	↑↑	↑	↑
Eufórico	↓↓	↑	↑	↔	↑↑	↔

**Legenda:** ↑↑ muito alto, ↑ alto, ↔ médio, ↓ baixo, ↓↓ muito baixo

**Fonte:** LARA, 2012.

Neste modelo, Vontade (afeto positivo, motivação, energia) e Raiva (intensidade emocional e comportamento agressivo) formam a dimensão da Ativação. A Ativação mobiliza o organismo para a procura de prazer, gerando vieses cognitivos tanto negativos quanto positivos, com pensamentos tudo-ou-nada, com tendência a impulsividade por apetite, excentricidade e paranoia. Por outro lado, a baixa Raiva pode levar a déficit de atenção, avolia e apatia (LARA *et al.*, 2012a). A Inibição é composta por Medo (preocupação e timidez) e Cautela (prudência, cuidado, aversão ao perigo). A *Inibição* imobiliza o organismo em busca de proteção, gerando vieses cognitivos negativos com tendência a valorizar preferencialmente os riscos envolvidos nas circunstâncias, inibindo o comportamento ou produzindo comportamentos compulsivos para neutralizar situações aversivas. No polo oposto, baixos Medo e Cautela podem levar à hiperatividade com avaliação inapropriada dos riscos e elevada impulsividade (LARA *et al.*, 2012a). Para operar de modo eficaz e coerente com o ambiente, as dimensões de Ativação e Inibição precisam ser controladas e reguladas dentro de uma faixa fisiológica. A dimensão emocional do Controle opera unicamente ajustando (facilitando ou inibindo) os dois principais vetores emocionais que influenciam os tipos temperamentais (DERRYBERRY; TUCKER, 2006). Nesta direção, a noção de controle pelo esforço proposta por

Rothbart e colegas (2000) está associada a tal autorregulação no âmbito da presente teoria dos temperamentos. Em comparação com outras teorias da personalidade, a dimensão do Controle no modelo AFECT está associada a persistência e auto-diretividade no modelo psicobiológico do Temperamento e Caráter de Cloninger e à conscienciosidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores (LARA *et al.*, 2012a). A Sensibilidade corresponde à vulnerabilidade a atrito interpessoal (p.ex. crítica, rejeição) e eventos estressantes (pressão, frustração, traumas). Uma alta expressão da Sensibilidade está associada à baixa resiliência ou baixa capacidade para superar adversidades e se recuperar diante das frustrações cotidianas. A dimensão do *Coping* se refere a como o indivíduo enfrenta e resolve situações problemáticas, as quais podem levar à evolução pessoal. Esta dimensão está associada com maturidade e é compreendida como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes para administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora, mais do que controlá-la ou dominá-la (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; PANZINI; BANDEIRA, 2007). Desse modo, baixo *Coping* é associado com más estratégias de adaptação, baixa resolutividade de problemas e pobre capacidade de aprendizado frente às experiências.

**Figura 1** - Matriz tipológica dos temperamentos afetivos e emocionais. Os vetores emocionais são representados pelas setas em "X", sendo a dimensão da inibição representada pela seta descendente e a da ativação, pela seta ascendente. A dimensão do controle é representada pelo "C" pontilhado. A baixa sensibilidade e o alto coping são representados pela nuvem branca no centro. Os temperamentos estáveis estão localizados ao redor do "5", os instáveis, ao redor do "2" e "4", os externalizantes, ao redor do "1" e os internalizantes, ao redor do "3".



**Fonte:** LARA *et al.*, 2012a.

Este modelo de temperamentos afetivos provê uma perspectiva mais ampla sobre a regulação afetiva e o comportamento, na medida em que são combinados ao conceito de traços emocionais. Por exemplo, os temperamentos afetivos eutímico e hipertímico, considerados menos vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologias, são caracterizados por estabilidade no humor e reações emocionais proporcionais, as quais são resultado da interação entre dimensões emocionais específicas, tais como baixa sensibilidade e baixa raiva combinados com alto controle e alto coping (LARA *et al.*, 2012a). Desse modo, a avaliação dos traços

emocionais fornece uma compreensão detalhada, específica e dimensional ao mesmo tempo em que a classificação dos tipos categóricos gera uma perspectiva global do temperamento e do humor que facilita a comunicação.

### 1.1.1 Aspectos Neurobiológicos dos Temperamentos Afetivos e Emocionais

Neurobiologicamente, os principais vetores emocionais de acordo com o modelo AFECT, Inibição e Ativação, são mediados por áreas límbicas que restringem o comportamento (Inibição) ou o mobilizam (Ativação) frente aos estímulos processados cognitivamente, sejam estes percebidos do ambiente externo ou criados ou lembrados internamente. Estes dois tipos de disposição são modulados pelas dimensões da Sensibilidade, do *Coping* e do Controle. Os substratos cerebrais das dimensões emocionais são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3** - Bases neuroanatômicas e neuroquímicas das dimensões emocionais e cognitivas associadas ao temperamento afetivo e emocional.

(continua)

Dimensões emocionais	Regiões cerebrais	Neuroquímica
Vontade	núcleo acumbente, estriado ventral, cíngulo anterior, córtex orbitofrontal medial	Dopamina (D2R), noradrenalina, glutamato
Raiva	núcleo acumbente, estriado ventral, amígdala	Dopamina (D2R), noradrenalina, glutamato
Inibição	area cinzenta periaquedutal, amígdala, córtex prefrontal medial (cautela)	Serotonina, noradrenalina, GABA
Sensibilidade	habênula lateral, hipocampo, amígdala	Serotonina, glutamato, GABA, citocinas, cortisol, neurotrofinas
Coping	córtex prefrontal medial, núcleos da base (estriado)	Dopamina (D1R), noradrenalina, glutamato
Controle	córtex prefrontal dorsolateral, cerebelo	Dopamina (D1R), noradrenalina, glutamato

**Fonte:** LARA, 2012.

De acordo com estudos em psicobiologia, o vetor da Inibição (Cautela e Medo) é mediado, neuroanatomicamente, de modo primário, pelas amígdalas e, de

modo secundário, por giro do cíngulo, hipocampo, área cinzenta periaquedutal e córtex pré-frontal medial. Os principais sistemas de neurotransmissão envolvidos na expressão da Inibição são o serotoninérgico (alta atividade no alto Medo), o gabaérgico (baixa atividade no alto Medo), o noradrenérgico (ativo no baixo Medo) e o adenosinérgico (com reduzida atividade na alta ansiedade), além de corticosteroides (com efeitos distróficos sobre os neurônios). Estresse elevado, traumas e pobres cuidados parentais são considerados fatores de risco ambientais para o fortalecimento desta dimensão emocional. Dentre os fatores genéticos, encontramos a expressão do alelo curto 5-HTTLPR (teoricamente associado a altos níveis sinápticos serotoninérgicos). De acordo com evidências clínicas e farmacológicas, os temperamentos com elevada Inibição são o depressivo e o ansioso, enquanto os temperamentos desinibido e eufórico têm baixa expressão desta dimensão emocional (LARA *et al.*, 2012a).

No que se refere ao vetor da Ativação (Vontade e Raiva), os estudos demonstram que este é mediado, neuroanatomicamente, de modo primário, por núcleo acumbente, estriado ventral, amígdala e, de modo secundário, pelo córtex pré-frontal. Os principais sistemas de neurotransmissão envolvidos na expressão da Ativação são o dopaminérgico (receptores D2), o noradrenérgico, o glutamatérgico (receptores AMPA), opióides (bastante ativos na alta Raiva) e o adenosinérgico (reduzida atividade na alta agressividade), além de corticosteroides. Abuso de drogas, excessiva estimulação ambiental e traumas são considerados fatores de risco ambientais para a expansão desta dimensão emocional, enquanto que o alelo TaqI A1 do receptor D2, transportador de dopamina (DAT) e polimorfismos do receptor D4 estão dentre os possíveis fatores genéticos associados à expressão da Ativação. De acordo com evidências clínicas e farmacológicas, os temperamentos com elevada Ativação são o irritável, eufórico, sendo os temperamentos ciclotímico e disfórico com alta Raiva, enquanto o temperamento apático tem como característica emocional baixa Ativação (LARA *et al.*, 2012a).

A dimensão do Controle envolve o monitoramento do ambiente (atenção), automonitoramento, planejamento, fazendo ajustes adequados para adaptação pessoal (senso de responsabilidade, disciplina, planejamento) mediando a inibição de respostas inadequadas. Interage com o *coping* no gerenciamento adequado do próprio comportamento, assemelhando-se ao conceito de funções executivas do campo da Neuropsicologia. Desse modo, pode-se atribuir ao córtex dorsolateral pré-



frontal o papel de substrato neurobiológico mais adequado para a expressão desta dimensão emocional (BANICH *et al.*, 2009). No entanto, neste contexto, diferentemente do referido conceito neuropsicológico, o excesso de Controle está associado à reduzida flexibilidade e intervenções desnecessárias, cuja excessiva expressão, com significativa interação com alta sensibilidade, é característica do temperamento *obsessivo*, se distinguindo dos temperamentos *eutímico* e *hipertímico*, com alta presença de Controle, mas baixa presença de Sensibilidade (LARA *et al.*, 2012a).

O *Coping* é o processo de lidar com a adversidade, com importantes implicações para a saúde mental (FEDER; NESTLER; CHARNEY, 2009). No que se refere às bases neurobiológicas do *Coping*, observa-se que o córtex pré-frontal medial é uma importante região para este processo (MAIER; WATKINS, 2010), bem como os núcleos da base, que envolvem o processamento neural de hábitos e memória de procedimento (LARA, 2012). Os temperamentos apático, lábil e depressivo estão associados a baixo *Coping*, enquanto que os temperamentos hipertímico e eutímico estão associados a alta expressão desta dimensão emocional (LARA *et al.*, 2012a).

Por fim, a dimensão da Sensibilidade se refere ao quanto o organismo é capaz de suportar o impacto das adversidades, se abalar diante de situações desagradáveis, associado à vulnerabilidade. A baixa expressão da Sensibilidade pode ocasionar prejuízos como não dar a devida importância para efeitos negativos de eventos interpessoais ou impessoais estressantes, gerando vieses disfuncionais de adaptação frente às circunstâncias cotidianas. Psiquiatricamente, esta é uma importante dimensão emocional na medida em que intermedia a vulnerabilidade ao estresse, considerado um importante fator desencadeante de diversos transtornos psiquiátricos (LARA, 2012). Do ponto de vista neurobiológico, podemos apontar algumas regiões neurais importantes no processamento da Sensibilidade, tais como as habênulas laterais, a amígdala e, especialmente, a região do hipocampo, associada à apreciação e avaliação do contexto e que apresenta marcada redução no volume e funcionamento anormal frente a situações traumáticas, como estresse pós-traumático ou repetição exposição ao estresse em fases iniciais do desenvolvimento infantil (DAVIDSON; BEGLEY, 2012; JAREMKA; LINDGREN; KIECOLT-GLASER, 2013). Temperamentos internalizantes e instáveis apresentam altos níveis desta dimensão emocional.

### 1.1.2 Potenciais Clínicos do Modelo AFECT

Os temperamentos afetivos e emocionais são considerados uma variável mediadora entre os fatores de risco ambientais e a expressão fenotípica da psicopatologia (LAZARY *et al.*, 2009). No modelo AFECT, os diferentes tipos de temperamentos não implicam em juízos de valor, isto é, não existem temperamentos melhores ou piores (LARA *et al.*, 2012a). Indivíduos com temperamentos eutímicos podem se adaptar melhor a uma ampla gama de circunstâncias, mas podem não ser tão adequados para um dado contexto quando comparados a outros temperamentos afetivos, tais como ciclotímicos e desinibidos (considerados mais criativos) e obsessivos e ansiosos (considerados mais organizados e comprometidos). Enquanto alguns temperamentos podem ser considerados menos vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, características adaptativas são pertinentes a todos os temperamentos e dependem da interação entre estes e o contexto específico no qual estes se encontram. No entanto, alguns temperamentos considerados emocionalmente instáveis a partir de combinações específicas de dimensões emocionais, como elevados ou reduzidos níveis de Ativação e/ou Inibição, combinadas com reduzidas expressões de *Coping* e Controle e alta presença de Sensibilidade, podem ter uma gama mais restrita de ambientes a se adaptar, tais como os temperamentos *apático*, *lábil* e *depressivo*. Do mesmo modo, temperamentos considerados, em geral, mais adaptativos, com elevada presença de *Coping* e Controle e baixa Sensibilidade, ao interagir com repetidos eventos demasiado estressantes na tenra infância, podem vir a desenvolver prejuízos cognitivos, emocionais e comportamentais (LARA *et al.*, 2012a).

Este modelo surge como uma proposta de adequação dos avanços da psicologia, psiquiatria, neuroquímica e neuroanatomia à classificação nosológica atual, considerada eminentemente categorial e incapaz de considerar características sub-sindrômicas na diátese dos transtornos psiquiátricos e a versatilidade dos psicofármacos em tratar muitos transtornos distintos, além da falta de “zonas de raridade” entre eles e alta comorbidade de transtornos. Com base neste modelo ortogonal, considerando a Inibição e a Ativação (Raiva e Vontade) como os principais vetores emocionais da matriz tipológica, e pentadimensional, com adição das dimensões de Sensibilidade e *Coping* como modos de interagir com o ambiente e o Controle como a dimensão responsável pelo monitoramento e ajustes

necessários na Inibição e na Ativação (figura 1), o clínico pode racionar psicoterapêutica e farmacologicamente, dentro de uma abordagem nosológica e neurocientífica (LARA *et al.*, 2012a). Conseqüentemente, intervenções terapêuticas para transtornos psiquiátricos tentariam restaurar níveis ótimos destas dimensões mentais.

Por fim, em contraste com modelos categoriais inflacionários, tradicionalmente utilizados em Psiquiatria, este é um modelo deflacionário. Porém, as duas visões podem ser usadas complementar e simultaneamente para aperfeiçoar a prática em saúde mental e atuar na interface entre psiquiatria, psicologia e neurociências, facilitando a comunicação e entendimento entre os profissionais da Saúde, em especial, as abordagens psicológicas e psiquiátricas.

## 1.2 Estilos de Defesa

O conceito de “mecanismo de defesa” é uma das maiores contribuições da psicanálise para o estudo da personalidade (OFFER, 2000). Mecanismos de defesa são um construto elaborado por Sigmund Freud (1914), incorporado à psiquiatria, definidos pelo DSM-IV como “processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra ansiedade e da consciência de estressores internos e externos” (*American Psychiatric Association*, 1994). Para Vaillant (2000), os mecanismos de defesa são uma das três grandes classes de mecanismos de enfrentamento (coping), ao lado da “busca ou elicitación de suporte social” e das “estratégias cognitivas conscientes usadas intencionalmente para melhorar uma situação ruim”. Enquanto estas duas se caracterizam pela intenção predominantemente consciente, a primeira é considerada um mecanismo mental involuntário para lidar com o sofrimento por meio da distorção da realidade interna ou externa. A nova percepção da realidade mediada pelos mecanismos de defesa gera um sentimento diferente acerca daquele objeto, antes, angustiante, de modo a embasar uma nova resposta comportamental. De acordo com Anna Freud (1986), autora que desenvolveu o conceito em seu trabalho de 1937, “Ego e os mecanismos de defesa”, tais mecanismos são “medidas de proteção adotadas pelo Ego (Princípio da Realidade) contra os impulsos provenientes do Id (Princípio do Prazer)”, com o propósito de

aliviar a ansiedade, utilizados por pessoas saudáveis e/ou adaptadas sociocupacionalmente ou não.

Em resumo, os mecanismos de defesa são definidos como os mecanismos psicológicos que fazem a mediação entre os desejos, necessidades e impulsos individuais, de um lado, e as proibições, além da realidade externa, do outro (PERRY; COOPER, 1989). Segundo os pesquisadores da área, os variados mecanismos de defesa compartilham alguns aspectos em comum: (a) eles são o maior meio através do qual o Ego administra os instintos e o afeto e prevenir conflitos potenciais; (b) são inconscientes; (c) apesar de um paciente apresentar uma defesa predominante, este paciente usa diversas defesas; (d) as defesas são dinâmicas e reversíveis; e (e) podem ser tanto adaptativas quanto patológicas (CONTE, PLUTCHIK, DRAGUNS, 2004). No entanto, devido a diferentes modelos teóricos assumidos pelos autores, não existe consenso no que se refere a quais e quantos são os variados tipos de defesas. Por exemplo, as defesas supressão, humor e antecipação são inclusas quando se admite mecanismos conscientes enquanto defesas (CONTE, PLUTCHIK, DRAGUNS, 2004).

Sigmund Freud (1884, 1886), sendo o primeiro a elaborar o assunto, descreveu os mecanismos de regressão, repressão, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, introjeção, retorno sobre si mesmo e inversão. Anna Freud (1986), demonstrando, a partir de exemplos concretos, a variedade, a complexidade e a extensão dos mecanismos de defesa, afirma que o objetivo defensivo pode incidir sobre tudo capaz de provocar angústia, tais como emoções, situações, exigências do Superego (entidade controladora da consciência), etc. Nessa perspectiva, Anna Freud enumera os seguintes mecanismos de defesa: recalque, regressão, formação reativa, isolamento, anulação retroativa, projeção, introjeção, retorno sobre a própria pessoa, inversão em seu contrário e sublimação (FREUD, 1986). Do ponto de vista psicanalítico, os mecanismos predominantes no indivíduo diferem segundo o tipo de psicopatologia considerado, a etapa do desenvolvimento psicológico e o grau de elaboração do conflito, dentre outros aspectos (LAPLANCHE, 1988).

Diversos outros autores, subsequentemente, prosseguiram no aperfeiçoamento do conceito, reconhecendo padrões defensivos e determinando a hierarquia das defesas relativa à maturidade das mesmas e sua relação com o funcionamento psicossocial (MULLEN *et al.*, 1999). Neste sentido, George Vaillant,

psiquiatra americano e professor de Harvard, autor do livro *Adaptation to life* (1977), descreveu adicionalmente as defesas de atuação, supressão, humor e antecipação e agrupou-os de forma hierárquica, de acordo com o grau de maturidade associado com cada defesa, em: defesas maduras (ou adaptativas), defesas neuróticas e defesas imaturas (ou mal-adaptativas). Nesta perspectiva, um Ego maduro e capaz lançará mão de mecanismos de defesa mais adaptativos para controlar os impulsos do Id, ajustando-se de modo mais adequado à realidade externa, enquanto que um Ego ainda imaturo, frágil ou incapaz, faz uso de mecanismos menos adaptativos, o que pode trazer consequências negativas para o indivíduo em seu funcionamento psicossocial. Vaillant (1992) defende que os mecanismos de defesa do Ego (a) são processos inconscientes, (b) são frequentemente os arcabouços para a compreensão da psicopatologia, (c) geralmente exercem uma síntese mental criativa a serviço da cura, e (d) reprimem, negam e distorcem a realidade interna e externa e, por conseguinte, parecem irracionais ou inapropriados para os outros indivíduos.

Segundo Hyphantis, Floros e colegas (2011), estudos demonstram que a avaliação empírica dos mecanismos de defesa pode contribuir significativamente para o entendimento dos fatores envolvidos no curso ou desfecho de problemas médicos ou, mais especificamente, psiquiátricos. Os mecanismos de defesa são, então, uma alternativa do Ego para se proteger de emoções desagradáveis oriundas de um conflito entre o Id (instância inconsciente/emocional do psiquismo) e o Superego (instância psíquica reguladora do comportamento). Assim, se o conflito não é razoavelmente resolvido no âmbito consciente, o psiquismo lança mão de estratégia defensiva para manter sua integridade.

Atualmente, o mecanismo defensivo é considerado como uma importante dimensão da estrutura de personalidade do indivíduo e se tornou o primeiro conceito psicanalítico a ser reconhecido pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DORNELLES, 2002) como eixo para futuros estudos (SKODOL; PERRY, 1993). Hoje se admite a hipótese que os mecanismos de defesa serviriam como importante mediador entre estressores externos, conflitos internos e comportamentos manifestados durante situações de estresse. Diferentes estilos de defesa têm sido associados às principais síndromes psiquiátricas (BLAYA, 2004) e implicados no desenvolvimento e gravidade dos sintomas, bem como no prognóstico desses transtornos (BOND; PERRY, 2004). Estes são classificados em três grupos: maduros (sublimação, humor, antecipação e supressão), neuróticos (anulação,

pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e imaturos (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, 'fantasia autista', negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). No que se refere às defesas maduras, estas são adaptativas, na medida em que, ao lidar com o evento estressor, permitem a consciência de sentimentos, ideias e suas consequências, juntamente com uma relativa gratificação do impulso, atenuando-se o conflito (VAILLANT, 1992). Em relação às defesas neuróticas, estas não permitem acesso consciente às ideias e sentimentos ameaçadores, alterando meramente os afetos e a expressão dos impulsos, fazendo com que o indivíduo vivencie a situação conflituosa intermitentemente (VAILLANT, 1992). Por fim, as defesas imaturas são aquelas em que há uma significativa distorção da origem do conflito, a imagem de si mesmo e de outros, com o objetivo de afastar da consciência as ideias e sentimentos associados ao impulso conflituoso (VAILLANT, 1992). Sendo assim, observa-se, em determinadas patologias, o uso predominante de tipos de defesa imaturos enquanto modo característico de lidar com conflitos, afetos e emoções (KIPPER, 2003).

### **1.2.1 Mensuração das Defesas**

A mensuração das defesas egóicas é um desafio metodológico. Buscando facilitar o estudo científico desta importante dimensão da personalidade, foram desenvolvidos instrumentos destinados a identificar a presença de mecanismos específicos no comportamento dos sujeitos, apesar da natureza, do ponto de vista conceitual, inconsciente deste processo. Para avaliação das defesas individuais, os clínicos o fazem por meio de três estratégias complementares e confirmatórias entre si: avaliação clínica (observação e entrevistas), técnicas projetivas e instrumentos de auto relato (GALVÃO, 2007). As técnicas projetivas tem a vantagem de serem dificilmente manipuladas intencionalmente pelo avaliado, no entanto, sua codificação e interpretação apresentam grande variabilidade interobservador, que as tornam pouco precisas. As estratégias de avaliação clínica, por sua vez, exigem larga experiência e grande disponibilidade de tempo por parte do avaliador, com mediana concordância entre avaliadores. A *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990), largamente utilizada como objeto de pesquisa científica, e a Escala de

Funcionamento Defensivo contida no DSM-IV-R (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2002) são exemplos deste tipo de avaliação e categorização das defesas com base em seu valor adaptativo. Por fim, os instrumentos de auto relato, diferentemente de outros instrumentos destinados à avaliação das defesas no contexto clínico, como a DMRS e a Escala de Funcionamento Defensivo, apresentam maior agilidade de mensuração e menor variabilidade interobservador, na medida em que dispensa a presença de juízes (maior fidedignidade) e se destina a avaliar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa do Ego (MDE). Neste sentido, parte-se do pressuposto que, apesar de serem mecanismos automáticos dos quais, muitas vezes, não se têm consciência, por vezes, os sujeitos são capazes de fazer uma análise retrospectiva de como reagem habitualmente frente a adversidades cotidianas, i.e., derivados conscientes das defesas, baseados na memória episódica ou, mesmo, em relato de outrem (Bond, Gardner et.al., 1983).

No presente estudo, utilizamos o *Defense Style Questionnaire – DSQ-40* (BLAYA et al., 2004; BOND et al., 1983), instrumento de auto relato que mensura a presença de 20 mecanismos de defesa, agrupados em três estilos de defesa (tabela 4 e 5).

**Tabela 4 - Estilos defensivos e respectivos mecanismos de defesa.**

Estilo defensivo	Mecanismos de defesa
Maduro	Sublimação, humor, antecipação, racionalização e supressão
Neurótico	Anulação, pseudoaltruísmo, idealização e formação reativa
Imaturo	Projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão e somatização

**Fonte:** GALVÃO, 2007.

**Tabela 5 - Definição dos mecanismos de defesa.**

(continua)

Sublimação	Canalização dos impulsos conflitivos por comportamentos construtivos e socialmente aceitáveis
Humor	Capacidade de lidar com conflitos por meio de seus aspectos divertidos ou irônicos, amenizando o estresse a eles associados
Antecipação	Capacidade de prever conseqüências de seus atos e desejos, procurando outras satisfações, aproveitando experiências anteriores

**Tabela 5 - Definição dos mecanismos de defesa.**

(continuação)

Racionalização	Construção de explicações conscientemente aceitáveis para impulsos e desejos inaceitáveis que permanecem inconscientes para o indivíduo
Supressão	Marco da maturidade; implica em postergar satisfações imediatas de impulsos, evitando deliberadamente sentimentos e pensamentos perturbadores de maneira tranqüila e sem culpa
Anulação	Produção de sentimentos, pensamentos ou ações que teriam o poder, em fantasia, de tornar inócuos impulsos, desejos e pensamentos inaceitáveis
Pseudo-altruísmo	Torna aceitável para o indivíduo a sua própria imagem, ameaçada pela percepção consciente de impulsos inaceitáveis, p.ex., ajudando outros para ganhar elogios, principalmente
Idealização	Atribuição a outros ou a si mesmo de qualidades excessivamente positivas
Formação Reativa	Mantém inconscientes impulsos ou desejos rechaçados, substituindo-os pelos seus opostos, p.ex., gentileza excessiva que encobre impulsos agressivos inconscientes
Projeção	Atribuir as próprias ideias e afetos intoleráveis a outras pessoas
Agressão passiva	Atacar outras pessoas por meio de sua própria inatividade, masoquismo, etc.
Atuação	Substituir seus conflitos e emoções pela ação direta, não se permitindo refletir e percebê-los psicicamente
Isolamento	Separar os sentimentos das ideias originalmente a eles associados
Desvalorização	Exagerar auto ou heterodepreciação
Fantasia autística	Substituição da real confrontação de problemas, sentimentos difíceis e conflitos por devaneios excessivos
Negação	Falta de reconhecimento de aspectos dolorosos da realidade, tanto interna quanto externa
Deslocamento	Transferência do alvo original de impulsos, desejos e sentimentos para outros alvos substitutos, permanecendo inconscientes os originais
Dissociação	Rompimento da função integradora da consciência, memória e percepção de si mesmo, do ambiente ou ações, fazendo com que o indivíduo não reconheça sentimentos próprios como sendo seus



**Tabela 5 - Definição dos mecanismos de defesa.**

(conclusão)

Cisão	Segmentação dos estados afetivos em opostos que o indivíduo não consegue perceber como partes de um mesmo todo, num <i>continuum</i> .
Somatização	Valorização das sensações somáticas em detrimento das percepções psíquicas das emoções

**Fonte:** KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997

Desenvolvido originalmente por Bond, Gardner e colegas (1983), quando compunha-se de sessenta e sete itens agrupados em torno de quatro eixos (distorção da auto-imagem, imaturos, neuróticos e maduros), o DSQ foi submetido a uma extensa revisão, passando por uma versão de oitenta e oito itens referentes a vinte e quatro defesas (BOND; VAILLANT, 1986), chegando à versão final de quarenta itens (dois itens para cada mecanismo) e três estilos defensivos (ANDREWS; SINGH; BOND, 1993).

No Brasil, Andrade (1996; 2006) procedeu a tradução, adaptação e ao estudo de confiabilidade, no qual a análise de consistência interna por meio do cálculo do Alfa de Cronbach gerou índices bastante satisfatórios ( $\alpha=0,91$ ). Outro estudo de tradução, adaptação e validação do DSQ foi conduzido por Blaya e colegas (2004), no qual a validade de conteúdo foi verificada. Após a retrotradução, a média de alocação correta das defesas foi de 89% e de 100% para os estilos maduros, neuróticos e imaturos em relação à versão original de Andrews, Singh e Bond (1993). Em estudos subsequentes de validação do DSQ-40, a validade de construto foi verificada em diferentes amostras, a saber, pacientes psiquiátricos (n=237), pacientes em psicoterapia (n=66) e grupo controle (n=36). A análise fatorial indicou distribuição das defesas quase idêntica ao instrumento original, à exceção da defesa de racionalização que, antes alocada no estilo imaturo, foi transposta para o estilo maduro (BLAYA, 2005; BLAYA et al., 2007).

### 1.2.2 Defesas e Adaptação Psicossocial

Pesquisas relacionando transtornos do humor e mecanismos de defesa observam que indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam mecanismos de defesa imaturos e menores índices de mecanismos de defesa maduros,

enquanto que indivíduos com sintomatologia ansiosa apresentam mais mecanismos de defesa imaturos e neuróticos quando comparados a sujeitos-controle (CALATI *et al.*, 2010). Com base nestes achados, podemos aferir que as diferenças entre depressivos e ansiosos são a diminuição nos índices de mecanismos de defesa maduros e aumento nos índices de mecanismos de defesa neuróticos, respectivamente (CALATI *et al.*, 2010).

Em estudos baseados na DMRS, níveis de defesa imaturos estão associados a altos níveis de sintomas e baixo funcionamento social (KRAMER *et al.*, 2009). No estudo de Kramer, De Roten e colegas (2009) com pacientes bipolares, houve a identificação de um grupo de cinco estilos de defesa imaturos (atuação, projeção, dissociação, racionalização e onipotência; este último prediz especificamente o nível de sintomas maníacos), juntamente com baixas frequências de estilos de defesa maduros, obsessivos e neuróticos.

Estes achados têm especial relevância clínica, a partir dos quais a presença de mecanismos de defesa pode direcionar o trabalho psicoterapêutico considerando preferencialmente intervenções interpretativas ou de suporte em indivíduos que apresentem estilos de defesa maduros ou imaturos, respectivamente (CALATI *et al.*, 2010; KRAMER *et al.*, 2009). Vale ressaltar que a presença de mecanismos imaturos se correlacionam com a severidade da psicopatologia (CALATI *et al.*, 2010).

### **1.3 Sintomas Depressivos**

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população brasileira e mundial, com índices em torno de 16% ao longo da vida. Como doença, tal entidade nosológica tem sido classificada de várias formas. Dentre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: episódio depressivo maior, melancolia, distímia e depressão bipolar (LACERDA, 2009). Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer, apatia), mas também vários outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (tabela 6).

**Tabela 6** - Aspectos clínicos da depressão.

Esfera de sintoma	Sintoma específico
Humor	Disforia; anedonia; pessimismo e desesperança; culpa excessiva ou inadequada; baixa auto estima; crises de choro; ideação suicida; ansiedade
Motora	Lentidão motora; inquietação, agitação
Somática	Transtorno do sono; apetite anormal; alteração de peso; libido diminuída; fadiga fácil, baixa energia; apatia, impulso diminuído
Cognitiva	Atenção e memória de curto prazo prejudicados; funcionamento executivo deficiente; retardo psicomotor; motivação pobre; ruminação

**Fonte:** YUDOFISKY; HALES, 2006.

A depressão é a patologia psiquiátrica mais comum, sendo considerada uma condição médica crônica e recorrente. A prevalência anual na população em geral varia entre 3% e 11% (FLECK *et al.*, 2003). Em populações com doenças clínicas, a incidência varia entre 5% e 10% nos pacientes ambulatoriais e entre 9% e 16% nos internados (KATON, 2003). Está frequentemente associada ao comprometimento da saúde física e tanto a depressão maior quanto sintomas depressivos subclínicos trazem substanciais riscos a saúde (KIECOLT-GLASER; GLASER, 2002). Por exemplo, um estudo de 13 anos de seguimento indicou que pacientes diagnosticados com depressão maior têm um risco aumentado em 4,5 vezes de ter um ataque cardíaco do que aqueles sem histórico da morbidade (PRATT *et al.*, 1996). Adicionalmente, síndromes depressivas comumente se associam a diminuição da produtividade, incapacidade funcional e absenteísmo (HOTOPF *et al.*, 2002), bem como a elevação dos custos relacionados à saúde.

#### 1.4 Sintomas Somáticos

Sintomas somáticos são multideterminados e comuns na vida cotidiana, constituindo a principal causa de visitas médicas ambulatoriais (KROENKE, 2003; DIMSDALE, CREED, 2009). Os pacientes que se apresentam com inúmeras queixas físicas mantêm-se um desafio para os médicos no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, na medida em que não é um fenômeno bem compreendido (SALMON, 2007; CREED *et al.*, 2012). Mesmo apesar da gravidade do sofrimento associado

aos sintomas somáticos ser associada ao diagnóstico de transtorno somatoforme (KÖRBER *et al.*, 2011), este diagnóstico tem sido questionado, principalmente porque este requer a presença de múltiplos e persistentes sintomas “cl clinicamente inexplicáveis” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), cujos critérios têm sido criticados por serem definidos negativamente. O transtorno somatoforme é a classificação médica para doenças que persistem apesar da ausência de evidências clínicas constatáveis que possam explicar a natureza e extensão dos sintomas, bem como sofrimento e preocupações do sujeito. Geralmente, está associado à mobilização de esforços de profissionais médicos, familiares e amigos enquanto tentativas de atenuação dos sintomas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). Tal definição implica numa clara cisão entre mente e cérebro, sendo dualista no conceito, e podem suscitar questões relativas a uma doença somática não detectada (LADWIG *et al.*, 2010; CREED *et al.*, 2010), indo de encontro à abordagem biopsicossocial, a qual engendra uma interação dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais na compreensão do surgimento de sintomas somáticos geradores de sofrimento (HAUSER *et al.*, 2009; TANAKA *et al.*, 2011; CREED *et al.*, 2012). Especialistas argumentam pela necessidade a considerar “sintomas corporais em seu próprio direito” (KROENKE; SHARPE; SYKES, 2007; SHARPE; MAYOU; WALKER, 2006) e não apenas como manifestações somatopatológicas ou psicopatológicas (LADWIG *et al.*, 2010). O “transtorno do sintoma somático” foi recentemente adotado pelo DSM-V como nova categoria nosológica, inclui a dificuldade do paciente de tolerar desconforto físico e de lidar adequadamente com sintomas corporais como marcos deste transtorno (DIMSDALE; CREED, 2009; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Evidências sugerem que uma alta presença de sintomas somáticos, incluindo sintomas clinicamente explicáveis e inexplicáveis, está correlacionada com um quadro de saúde debilitado (BARSKY; ORAV; BATES, 2005; LOWE *et al.*, 2008). Apesar dos estudos que apontam uma alta frequência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com queixas somáticas que procuram a atenção primária (LECRUBIER, 2007; TERLUIN *et al.*, 2009), estudos genéticos e ambientais mostram que os sintomas somáticos são, de certa forma, independentes de ansiedade e depressão (GILLESPIE *et al.*, 2000; KATO *et al.*, 2009; KENDLER *et al.*, 2011). Entretanto, ao que pudemos investigar na presente revisão de literatura, a etiologia de sintomas somáticos perturbadores permanece incompleta (CREED;

BARSKY; LEIKNES, 2011) e se a contagem total de sintomas somáticos é considerada uma dimensão independente da psicopatologia, se faz necessário demonstrar os fatores associados a este fenômeno (CREED *et al.*, 2012).

De modo geral, podemos afirmar que diversos mecanismos complexos, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais, contribuem para o desenvolvimento inúmeros sintomas corporais difusos. Abuso psicológico na infância, baixa escolaridade, condições clínicas gerais, ansiedade e depressão estão entre os fatores de risco para múltiplos sintomas somáticos persistentes em estudos de coorte de base populacional (GUREJE; SIMON, 1999; CREED; BARSKY, 2004; LEIKNES *et al.*, 2007; CREED *et al.*, 2012). Dentre as variáveis psicológicas estudadas, estudos de coorte de ampla base populacional encontraram que o traço de personalidade *neuroticismo* está associado com sintomas somáticos autorrelatados e tal associação foi independente de sintomas de sofrimento psicológico (ROSMALEN *et al.*, 2007). Neuroticismo ou afetividade negativa também foi associada à doença somática independentemente de comorbidades psiquiátricas (NEELEMAN; BIJL; ORMEL, 2004).

A apresentação de sintomas somáticos também tem sido estudada em relação aos temperamentos, de acordo com a conceituação de Cloninger (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). Segundo esta teoria da personalidade, um padrão temperamental de alta busca por novidade e alta esquiva do perigo pode levar à ansiedade somática crônica, caracterizada pela presença de distúrbios autonômicos frequentes, dores no corpo e sentimento global de alarme na ausência de estímulos eliciadores (CLONINGER, 1986).

No entanto, nenhum destes estudos tem trazidos alternativas explicativas satisfatórias para o entendimento do fenômeno. A compreensão de como os fatores associados ao modo de lidar com as demandas contextuais, i.e., estilos de defesa e temperamentos afetivos, pode contribuir para gerar respostas mais eficazes no contexto clínico e ambulatorial.

## 1.5 Justificativa

Por muitos anos, há controvérsias em Psicologia e Psiquiatria oriundas de diferentes modelos para a compreensão da psicopatologia. Tais embates de modelos e paradigmas têm parcialmente originado de divergentes posições sobre fatores etiológicos em psicopatologia, terminologias conflitantes e uma incapacidade de traduzir a linguagem de um paradigma na linguagem de outro paradigma (MULDER *et al.*, 1996). De acordo com a revisão de literatura empregada no presente trabalho, nenhum estudo tem sistematicamente investigado os relacionamentos entre dois construtos amplamente associados à diátese para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e sintomas de sofrimento psicológico, tais como, os temperamentos afetivos e os estilos de defesa. Dada a vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos variável entre os temperamentos afetivos, por um lado, e entre estilos defensivos, de outro, possivelmente, indivíduos com diferentes tipos de temperamentos também variam no nível de maturidade de suas defesas. Sendo assim, as interações entre estes dois construtos podem ter implicações relevantes para a formação psicopatológica de sintomas depressivos e somáticos.

A partir da revisão de literatura, nenhum estudo havia investigado sistematicamente a contribuição dos temperamentos afetivos e mecanismos de defesa para o surgimento de sintomas depressivos e sintomas somáticos inconvenientes. O estudo da associação entre tais variáveis pode ajudar a compreender melhor interações complexas entre supostas manifestações subclínicas, presumidamente, predominantemente hereditárias (temperamentos afetivos) e processos psicológicos, presumidamente, adquiridos (estilos de defesa) em relação à formação do sintoma depressivo e somático, provendo um maior entendimento do fenômeno. Desse modo, pretende-se explorar como temperamentos afetivos e estilos de defesa estão associados com a gravidade de sintomas depressivos e somáticos em uma ampla amostra derivada do inquérito eletrônico (i.e., internet) através do *Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology* (BRAINSTEP) (Lara *et al.*, 2012b), bem como investigar se temperamentos afetivos atuam como fator de moderação das possíveis associações entre as defesas psíquicas e a gravidade da manifestação psicopatológica.

## **2 PERGUNTA DE PARTIDA**

Será que os tipos de temperamentos afetivos e diferentes estilos de defesa estão associados, de maneira interativa, a maior ou menor presença independente de sintomas depressivos e somáticos?

### 3 HIPÓTESES

- a. Os temperamentos afetivos hipertímico e eutímico estão associados à menor presença de sintomas depressivos e somáticos.
- b. Os temperamentos afetivos hipertímico e eutímico estão associados à presença de estilos de defesa maduros.
- c. Os temperamentos afetivos depressivo, ansioso, ciclotímico e disfórico estão associados à presença de estilos de defesa imaturos e neuróticos.
- d. Os temperamentos afetivos depressivo, ansioso, ciclotímico e disfórico estão associados à maior presença de sintomas depressivos e somáticos.

Hipoteticamente, considerando teoricamente os temperamentos afetivos como fatores de risco mais geneticamente determinados para transtornos do humor, os indivíduos com temperamento depressivo ou ciclotímico que apresentariam altos índices de estilo de defesa imaturo e baixos índices de estilo de defesa maduro e indivíduos com temperamento ansioso que apresentariam mecanismos de defesa neuróticos e imaturos têm maior probabilidade de desenvolverem transtornos afetivos (depressão, bipolaridade e ansiedade, respectivamente) e sintomas somáticos. Temperamentos hipertímicos e eutímicos, que apresentam, do ponto de vista analítico, maior expressão das dimensões de *coping* e controle e menor expressão de sensibilidade, se adequam melhor ao ambiente e podem fazer uso de estratégias automáticas adaptativas de arrefecimento das angústias. Por outro lado, os tipos de temperamentos afetivos com altos índices de sensibilidade e raiva e baixos índices de *coping* e controle, como os temperamentos ciclotímico, disfórico e depressivo, tendem a utilizar estratégias automáticas disfuncionais de enfrentamento das adversidades, i.e., estilos de defesa imaturos.



## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Verificar se os tipos de temperamentos afetivos estão diferentemente associados a estilos de defesa maduros, neuróticos e imaturos e à presença de sintomas psiquiátricos, em especial, sintomas depressivos e somáticos.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- a. Verificar quais temperamentos afetivos estão associados à menor ou maior presença de sintomas depressivos e somáticos, independentemente;
- b. Observar quais estilos de defesa estão associados à menor ou maior presença de sintomas depressivos e somáticos, independentemente;
- c. Investigar associações entre temperamentos afetivos e estilos de defesa maduros, neuróticos ou imaturos;
- d. Testar se os temperamentos afetivos atuam como moderadores da presença dos referidos sintomas psiquiátricos se estes, de fato, se associarem a diferentes estilos de defesa.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Características gerais do estudo e critérios de seleção**

Estudo transversal, de adesão espontânea, de base populacional, cuja base de dados foi gerada mediante inquérito eletrônico através da internet (Lara *et al.*, 2012b).

A internet permite a coleta de grandes quantidades de dados a um custo relativamente baixo. A confiabilidade e a validade desses estudos dependem: 1) da motivação das pessoas para participar, 2) do valor percebido pelo indivíduo para completar os instrumentos com atenção (por exemplo, para receber um retorno dos resultados), 3) de mecanismos para identificar baixa atenção dos participantes enquanto respondem (por exemplo, questões de validação inseridas nos instrumentos), 4) da garantia de anonimato dos participantes, o que permite respostas mais confiáveis em alguns domínios (por exemplo, sobre o uso de drogas e o comportamento sexual), 5) da utilização de questionários e escalas validadas, 6) de grandes amostras de diversos locais e níveis sócio-educacionais, particularmente com o acesso cada vez mais difundido da internet para a população. Com relevância, dados de pesquisa demonstraram que as pesquisas baseadas na internet têm mais vantagens do que desvantagens em relação aos estudos tradicionais que utilizam metodologias de auto-relatório (Meyerson e Tryon, 2003). No entanto, estes estudos não substituem totalmente os estudos epidemiológicos e não permitem a coleta de dados por entrevista direta ou por exames.

#### **5.1.1. Critérios de exclusão**

Os indivíduos com idade inferior a 18 anos e aqueles que responderam por mais de uma vez aos instrumentos contidos na plataforma eletrônica foram retirados da presente base de dados.

## 5.2 Instrumentos utilizados

Foi desenvolvido pelo colaborador do presente trabalho (Dr. Diogo Lara) um sistema de avaliação psiquiátrica e psicológica via internet ([www.temperamento.com.br](http://www.temperamento.com.br)) que compreende diversos instrumentos psicológicos, comportamentais e psiquiátricos, divididos em 2 seções (psicológica e psiquiátrica) com cerca de uma hora de duração cada. A fase psicológica compreende um protocolo de avaliação demográfica (idade, gênero, escolaridade, etnia, estado civil, afiliação religiosa, ocupação e renda familiar mensal) e de histórico psiquiátrico; Escala de Traumas na Infância; Histórico familiar de temperamento; WHOQOL-BREF (instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde-versão abreviada, sigla em inglês); ASSIST (teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias, sigla em inglês); AFFECTS (escala composta de temperamentos afetivos e emocionais, sigla em inglês - utilizada no presente estudo e detalhada abaixo); DSQ-40 (questionário de estilos de defesa-40 itens, sigla em inglês - utilizada no presente estudo e detalhada abaixo). A fase psiquiátrica compreende o ASRI (*Adult Self-report Inventory*) para triagem dimensional de 19 transtornos psiquiátricos; ASRI do passado (histórico de transtornos psiquiátricos); questionário sobre doenças clínicas e medicações psicotrópicas já usadas; triagem da SCID II para transtornos de personalidade; ASRS (escala de auto relato para adultos, sigla em inglês) para triagem de TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade); ASRS na infância, para identificação de TDAH na idade escolar; HCL-32 (Lista de Checagem de Hipomania, sigla em inglês); SCL-90R (Lista de Checagem de Sintomas-90 Itens Revisada, sigla em inglês) para avaliar nove grupos de sintomas psiquiátricos (utilizada no presente estudo, apenas os grupos de sintomas de depressão e somatização, e detalhada abaixo). Cada seção é seguida de um retorno sobre o perfil do voluntário, que aumenta a confiabilidade das respostas e a motivação para responder. Ao longo da avaliação, 14 perguntas checam atenção e consistência de respostas. Os indivíduos que não responderam completamente as seções ou que não corresponderam às questões de validade foram excluídos da análise dos dados (Lara *et al.*, 2012b).

### 5.2.1 AFECTS (ANEXO A)

Os temperamentos afetivos e emocionais foram mensurados pelo instrumento AFECTS (OTTONI *et al.*, 2010). Este instrumento é dividido em duas seções: uma emocional e outra afetiva. A seção emocional corresponde ao item um da AFECTS. A seção emocional da AFECTS é uma escala bipolar de sete pontos com 48 itens, divididos em seis dimensões de oito questões. As dimensões foram denominadas Vontade (itens 1–8), Raiva (9–16), Inibição (17–24), Sensibilidade (25–32), *Coping* (33–40) e Controle (41–48). O escore total de cada dimensão é a soma dos escores em escala do tipo *Likert*<sup>1</sup> de um a sete de cada questão. Portanto os escores variam de oito a 56. Tais dimensões emocionais também foram concebidas em duas facetas de quatro questões de acordo com o conteúdo mais específico e respectivas correlações inter-item verificadas no estudo de validação: Vontade (positividade itens 1–4, energia 5–8), Raiva (intensidade 9–12, irritabilidade 13–16), Inibição (medo 17–20, cautela 21–24), Sensibilidade (interpessoal 25–28, a eventos 29–32), *Coping* (encarar 33–36, resolver 37–40) e Controle (foco 41–44, ordem 45–48). A seção afetiva corresponde aos itens dois e três da AFECTS. A seção afetiva da AFECTS fornece uma avaliação quantitativa e qualitativa dos temperamentos afetivos. No item dois, doze breves descrições de cada temperamento afetivo são apresentados com cinco itens variando de um (“nada a ver comigo”) a cinco (“exatamente como eu”). O item três pede para selecionar qual desses 12 perfis melhor se ajusta para representar a seu temperamento afetivo, permitindo uma avaliação categórica. A ordem dos temperamentos afetivos nesta escala é a seguinte: a) depressivo, b) ansioso, c) apático, d) ciclotímico, e) disfórico, f) lábil, g) obsessivo, h) eutímico, i) hipertímico, j) irritável, k) desinibido e l) eufórico. As questões quatro e cinco, remanescentes, avaliam o grau de problemas e benefícios que o sujeito credita ao temperamento que mais se ajustou a si, organizadas em escala do tipo *Likert* de quatro pontos variando de zero (“nenhum problema” / “nenhuma vantagem”) a três (“muitos problemas” / “muitas vantagens”). O

---

<sup>1</sup> Escala do tipo *Likert*, criada em 1932 pelo educador e psicólogo americano Rensis *Likert* (1903-1981), contempla um elenco de sentenças para as quais o respondente manifesta seu grau de concordância assinalando valores numa escala do tipo: (1) discordo completamente, (2) discordo, (3) nem discordo nem concordo, (4) concordo, (5) concordo completamente. Apresenta diversas vantagens como (a) ser mais objetiva, (b) ser homogênea e aumentar a chance de mensuração de uma atitude, (c) de fácil elaboração e aplicação (SCOARIS, BENEVIDES-PEREIRA, SANTIN FILHO, 2009).

escore derivado do item que avalia o grau de prejuízo é invertido para criar o escore de Adaptação (variando de zero a seis). A AFECTS também fornece um índice de Funcionamento Emocional Global (FEG): vontade + controle + coping + cautela (faceta da inibição) – raiva – sensibilidade – medo (faceta da inibição) + 60, escolhidas mediante correlação com o escore de adaptação. Por fim, a AFECTS fornece outro índice sintético através da soma de escores quantitativos do item dois, que representa as configurações emocionais mais comuns, combinados da seguinte maneira: internalizantes (temperamentos depressivos, ansioso e apático), externalizantes (temperamentos eufórico, irritável e desinibido), instáveis (temperamentos ciclotímico, disfórico e volátil) e estáveis (obsessivo, eutímico e hipertímico).

### 5.2.2 DSQ-40 (ANEXO B)

Os estilos de defesa foram avaliados pela versão Brasileira validada do Questionário de Estilos Defensivos de 40 itens (*Defense Style Questionnaire - DSQ-40*) (BOND *et al.*, 1983; ANDREWS; SINGH; BOND, 1993; BLAYA *et al.*, 2004). O DSQ-40 avalia 20 defesas individuais e três estilos de defesa. O estilo *Maduro* compreende as defesas *sublimação, humor, racionalização, antecipação e supressão*; o estilo *Neurótico* consiste de *anulação, pseudo-altruismo, idealização e formação reativa*; e o estilo *Imaturo* compreende as defesas *projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão e somatização*. Neste instrumento, existem dois itens para cada mecanismo de defesa avaliado (tabela 7). O estudo de validação da escala apontou um índice de consistência interna dos estilos defensivos satisfatório apenas para o estilo de defesa maduro (alfa de Cronbach=0,77). A análise de precisão da escala, a partir da avaliação teste-reteste conduzida no grupo controle (n=33), não mostrou diferença significativa entre os dois períodos de avaliação com intervalo de quatro meses, segundo teste t pareado.

**Tabela 7** - Distribuição dos itens do DSQ, de acordo com o mecanismo e o estilo em que se agrupam.

Estilo	Mecanismo	Itens
Maduro	Antecipação	30, 35
	Humor	5, 26
	Supressão	2, 25
	Sublimação	3, 38
	Racionalização	4, 16
Neurótico	Pseudo-altruísmo	1, 39
	Idealização	21, 24
	Formação reativa	7, 28
	Anulação	32, 40
Imaturo	Projeção	6, 29
	Agressão passiva	23, 36
	Acting out (atuação)	11, 20
	Isolamento	34, 37
	Desvalorização	10, 13
	Fantasia autística	14, 17
	Negação	8, 18
	Deslocamento	31, 33
	Dissociação	9, 15
	Cisão	19, 22
	Somatização	12, 27

Cada item é avaliado em uma escala de 9 pontos do tipo Likert, onde 1 indica "discordo completamente" e 9 indica "completamente de acordo". O escore de cada estilo de defesa é a média aritmética dos respectivos itens. Utilizou-se o ponto de corte de 0,5 desvio-padrão acima da média do escore da amostra para cada estilo de defesa para identificação do estilo de defesa predominante de cada um, considerando que este fornece uma melhor discriminação aqui (BOND *et al.*, 1983).

### 5.2.3 SCL-90R (ANEXO C)

Para avaliar os sintomas depressivos e somáticos, foi utilizado o instrumento Lista de Checagem de Sintomas de 90 itens (SCL-90R, sigla em inglês; DEROGATIS; MELISARATOS, 1983). O SCL-90R é um questionário de auto relato com 90 itens em escala Likert. Este mensura nove grandes áreas sintomatológicas: somatização (12 itens), sensibilidade interpessoal (nove itens), ansiedade (10 itens), ansiedade fóbica (sete itens), transtorno obsessivo-compulsivo (10 itens), depressão

(13 itens), raiva-hostilidade (seis itens), ideação paranoide (seis itens) e psicoticismo (10 itens, tabela 8). Este instrumento foi previamente validado para uso em amostras brasileiras (CARISSIMI, 2011).

**Tabela 8** - Distribuição dos itens do SCL-90R, de acordo com o grupo de sintomas.

Grupo de sintomas	Itens
Somatização	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.
Obsessivo-compulsivo	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
Sensibilidade Interpessoal	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.
Depressão	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
Ansiedade	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86.
Raiva-Hostilidade	11, 24, 63, 67, 74, 81.
Ansiedade Fóbica	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
Ideação Paranoide	8, 18, 43, 68, 76, 83.
Psicoticismo	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90.

### 5.3 Análise Estatística de Dados

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, IL), versão 18.0 para Windows. As estatísticas descritivas de todas as variáveis estudadas foram calculadas. Para verificação da igualdade das distribuições (normalidade) probabilísticas da amostra foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov.

Primeiramente, foram exploradas as relações entre temperamentos afetivos e estilos de defesa. Para comparação entre a distribuição do estilo de defesa predominante de cada participante através dos grupos de temperamentos afetivos com o qual cada um se identificou e considerando ambas as variáveis como categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado ( $X^2$ ).

Em seguida, foi conduzida uma análise fatorial exploratória conjunta para testar a validade convergente-discriminante destas duas dimensões (isto é, temperamentos afetivos e estilos de defesa). A análise fatorial corresponde a “um conjunto de técnicas estatísticas, cujo objetivo é representar ou descrever um número de variáveis iniciais a partir de um número menor de variáveis hipotéticas” (ARTES, 1998, p. 225). Trata-se de um procedimento multivariado que busca conhecer quantos construtos (fatores) comuns são necessários e suficientes para

explicar intercorrelações (covariâncias) entre os itens (PASQUALI, 2001). Desse modo, concebe-se a dimensionalidade do instrumento e quantos e quais fatores ele mede, bem como quais itens correspondem a cada fator. Para se verificar adequadamente a fatorialidade dos dados, segundo Pasquali (2003), devem ser observados (i) o tamanho da amostra: 10 sujeitos por item ou 100 sujeitos por fator; (ii) a matriz de correlações: os coeficientes de correlação devem apresentar valores acima de 0,30; (iii) a medida de adequação da amostra mediante o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): quanto maior melhor, sendo 0,50 o mínimo limiar de adequabilidade; (iv) o teste de esfericidade de Bartlett:  $p < 0,05$ ; e (v) o valor determinante (PASQUALI, 2003). Um dos métodos mais simples de decomposição de fatores a partir de múltiplas variáveis é a análise de componentes principais que tem por finalidade básica verificar sobreposições entre os dados quando se tem muitas dimensões. Neste trabalho, a análise de componentes principais (PCA, sigla em inglês) foi utilizada como método de extração dos fatores, rotacionando-os obliquamente por solução *Oblimin* sem limitar o número de fatores.

Para verificar a relação entre os temperamentos afetivos e os estilos de defesa com sintomas depressivos e somáticos, primeiramente, foram comparadas as diferenças entre o escore da escala de depressão e de somatização, independentemente, do SCL-90-R e os três estilos de defesa, bem como os doze temperamentos afetivos por meio da análise de covariância *one-way* (ANCOVA) ajustada para idade, gênero e escolaridade. Por fim, explorou-se o quanto os tipos de temperamento atuam como moderadores da relação entre estilos de defesa e sintomas depressivos e de somatização. Para ser um moderador, uma variável (A) precisa atuar como uma característica que apresenta um efeito interativo com outra variável (B) em sua apresentação final (desfecho). Para tanto, as variáveis serão padronizadas (convertidas em escores-Z) e deverão apresentar significativa interação entre o moderador (por exemplo, tipo de temperamento) e estilo de defesa (KRAEMER, 2002; KRAEMER, FRANK; KUPFER, 2006). Será utilizada regressão linear para comprovar efeitos de interações significativas e regressão múltipla para mensurar o efeito moderador (MILES, SHEVLIN, 2003).



#### **5.4 Aspectos éticos**

Todos os participantes forneceram seu consentimento eletrônico antes de responderem as escalas. Este procedimento foi elaborado para satisfazer as exigências da Resolução nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde e do Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinque). A participação dos sujeitos é voluntária e estes podem cancelar sua participação há qualquer momento sem qualquer justificativa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Descrição da Amostra

A presente amostra consistiu de dados provenientes de 9937 sujeitos que responderam a um sistema de avaliação psiquiátrica e psicológica via internet ([www.temperamento.com.br](http://www.temperamento.com.br)) (BRAINSTEP) (LARA et al., 2012b). A idade média dos participantes é de 32,67 (DP=10,87) anos e 5.465 (55,0 %) são mulheres. A maioria dos participantes se identificou como casados (59,4%), caucasianos (75,6%) e referiram estar empregados (62,0%). No que se refere à escolaridade, a maioria dos participantes relatou ter, pelo menos, ensino médio completo (96,2%). Demais características sociodemográficas são apresentadas na tabela 9.

**Tabela 9** - Características sociodemográficas da amostra (N=9937).

(continua)

Número de participantes	9.937
Idade (média±DP) / (mediana)	32,67±10,87 / 30
Gênero (N, %)	
Homens	4.472 (45,0%)
Mulheres	5.465 (55,0%)
Escolaridade (N, %)	
Ensino fundamental incompleto	81 (0,8%)
Ensino fundamental completo	289 (2,9%)
Ensino médio completo	4.365 (43,9%)
Ensino superior completo	3.013 (30,3%)
Pós-graduação	2.189 (22,0%)
Etnia (N, %)	
Branços	7.513 (75,6%)
Afro-descendentes	383 (3,9%)
Mulato	1.733 (17,4%)
Asiático	145 (1,5%)
Outro	163 (1,6%)
Estado civil (N, %)	
Solteiro	3.125 (31,4%)
Casado/União estável	5.901 (59,4%)
Viúvo	552 (5,6%)
Outro	359 (3,6%)

**Tabela 9** - Características sociodemográficas da amostra (N=9937).

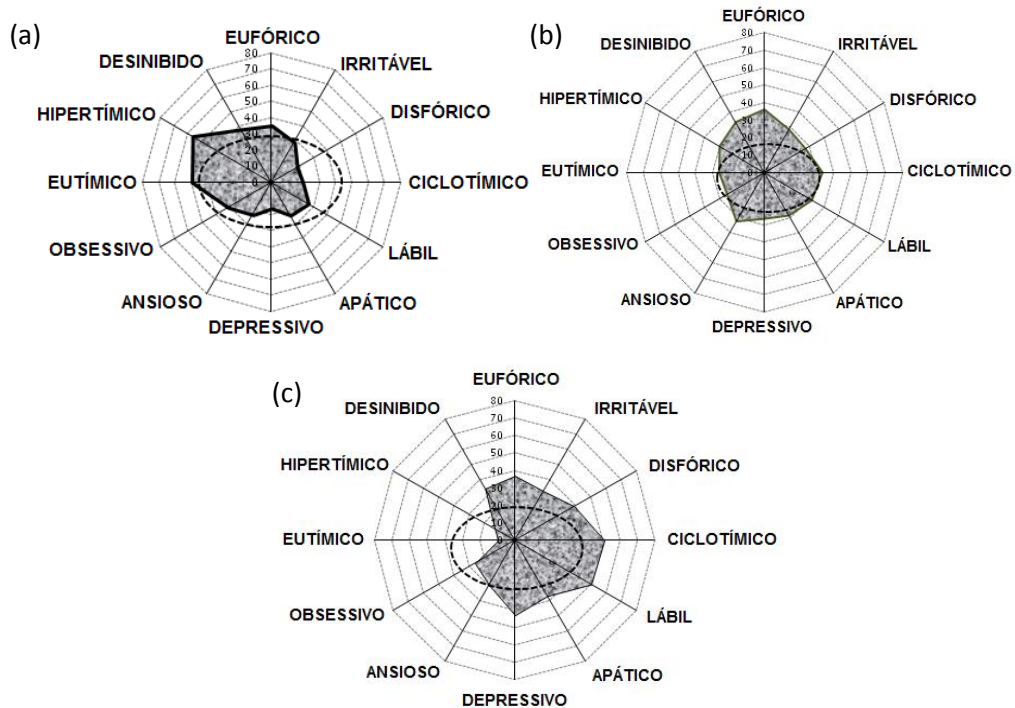
(conclusão)

Religião (N, %)	
Católica	3.916 (39,4%)
Evangélica (Protestante)	1.370 (13,8%)
Espírita	1.404 (14,1%)
Outra	741 (7,0%)
Sem religião	2.549 (25,7%)
Ocupação (N, %)	
Empregado ou autônomo em atividade	6.163 (62,0%)
Estudante	2.210 (22,2%)
Desempregado	916 (9,2%)
Do lar	308 (3,1%)
Aposentado por invalidez	75 (0,8%)
Aposentado	265 (2,6%)
Renda familiar (média ± DP/mediana)	2.983,2 ± 4.473 / 1714,2

## 6.2 Relações entre Temperamentos Afetivos e Estilos de Defesa

A figura 2 mostra as percentagens de indivíduos com estilos de defesa *maduros*, *neuróticos* e *imatuross* predominantes relacionados aos 12 grupos de temperamentos afetivos. Como mostrado na figura 2a, uma grande proporção de indivíduos com temperamentos *hipertímico* e *eutímico* referiram adotar um estilo de defesa *maduro* (56,9% e 49,7%, respectivamente). Por outro lado, uma pequena proporção de indivíduos com temperamentos *ansioso* (23,2%), *ciclotímico* (19,3%), *disfórico* (18,3%) e *depressivo* (16,1%) referiram adotar um estilo de defesa predominantemente *maduro* ( $\chi^2=724,4$ ;  $df=11$ ;  $p<0.001$ ). A figura 2b mostra que um estilo de defesa *neurótico* foi predominante em indivíduos com temperamentos *eufórico* (36,3%), *desinibido* (33,5%) e *ansioso* (32,7%) ( $\chi^2=62,9$ ;  $df=11$ ;  $p<0.001$ ). Finalmente, como mostra a figura 2c, um estilo de defesa *imaturro* foi predominante em indivíduos com temperamentos *ciclotímico* (51,3%), *lábil* (50,5%), *depressivo* (43,0%), *disfórico* (39,2%), *eufórico* (37,0%) e *desinibido* (34,3%), enquanto que os indivíduos com temperamentos *eutímico* e *hipertímico* foram os que menos relataram adotar um estilo de defesa *imaturro* (9,7% e 13,5%, respectivamente) ( $\chi^2=791,3$ ;  $df=11$ ;  $p<0.001$ ).

**Figura 2** - Distribuição percentilica da pontuação obtida no questionário que avalia os três estilos de defesa: (a) maduro, (b) neurótico e (c) imaturo entre os 12 tipos de temperamentos afetivos.



Para testar a análise convergente-discriminante das dimensões temperamentos e estilos de defesa foi realizada uma análise fatorial exploratória conjunta com base na análise de componentes principais como método de extração, rotacionando os fatores obliquamente por solução *Oblimin*, sem restringir o número de fatores (Tabela 10). Esta análise mostrou uma estatística Kaiser–Mayer–Olkin de 0,82 e um teste de esfericidade de Bartlett significativo ( $\chi^2=42851,8$ ;  $df=105$ ;  $P<0005$ ), dando suporte para a matriz (isto é, modelo) de correlação proposta. Após inspeção pelo *scree plot*, foi escolhida uma solução de quatro fatores. Este modelo explica 60,7 % da variância dos escores. Como mostrado na Tabela 11, o estilo de defesa *maduro* apresentou cargas fatoriais negativas no primeiro fator, juntamente com os temperamentos *hipertímico* e *eutímico*, enquanto os temperamentos *depressivo*, *apático* e *ansioso* tiveram índices positivos no mesmo. Os estilos de defesa *neurótico* e *imaturo* tiveram índices positivos no quarto fator sem índices significativos para temperamentos afetivos (Tabela 10).

**Tabela 10** - Análise fatorial conjunta das escalas AFFECTS e DSQ-40 (solução *Oblimin*)

Escalas	Cargas Fatoriais			
	F1	F2	F3	F4
Temperamento hipertímico	-,805			
Temperamento depressivo	,768			
Temperamento eutímico	-,704			
Temperamento apático	,592			
<b>Estilo de Defesa Maduro</b>	<b>-,557</b>			
Temperamento lábil		,766		
Temperamento desinibido		,759		
Temperamento eufórico		,583		
Temperamento irritável			,729	
Temperamento disfórico			,728	
Temperamento ciclotímico	,515		,589	
Temperamento obsessivo			,563	
<b>Estilo de Defesa Neurótico</b>				<b>,777</b>
<b>Estilo de Defesa Imaturo</b>				<b>,560</b>
<u>Correlações interfatoriais</u>				
F1	1,00			
F2	,093	1,00		
F3	,110	,100	1,00	
F4	,086	,077	,113	1,00
<i>Eigenvalues</i>	3,89	2,25	1,71	1,25
Porcentagem de variância explicada por cada fator	25,94	14,99	11,41	8,36

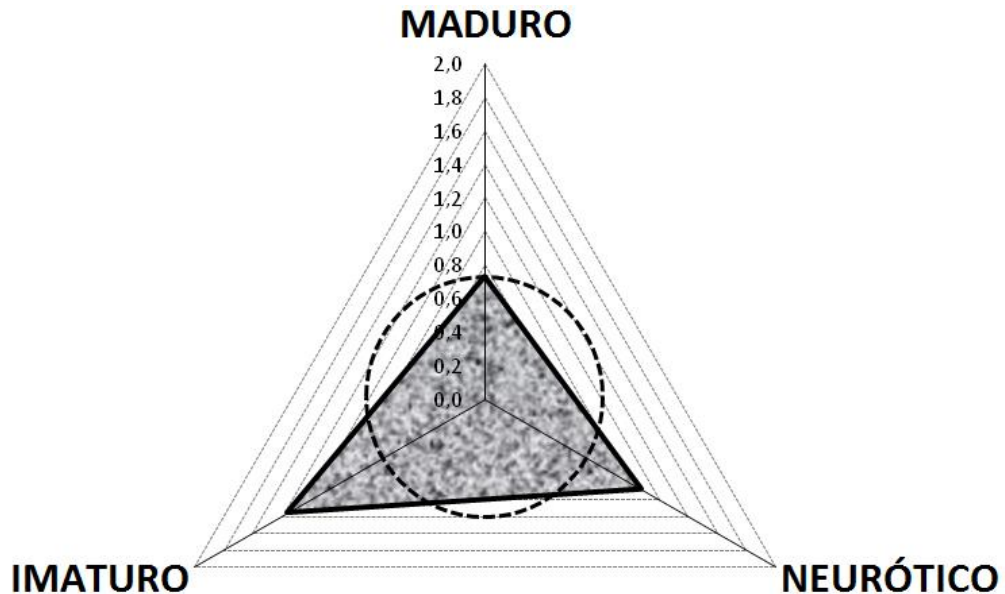
Nota: Cargas fatoriais < 0,50 foram omitidas.

### 6.3 Relação entre Estilos de Defesa, Temperamentos Afetivos e Sintomas Depressivos

A figura 3 mostra que participantes com um estilo de defesa *maduro* predominante apresentaram baixos escores médios ( $\pm$ EP) na escala de sintomas depressivos da SCL-90-R ( $0,73 \pm 0,01$ ) em comparação com indivíduos com estilos

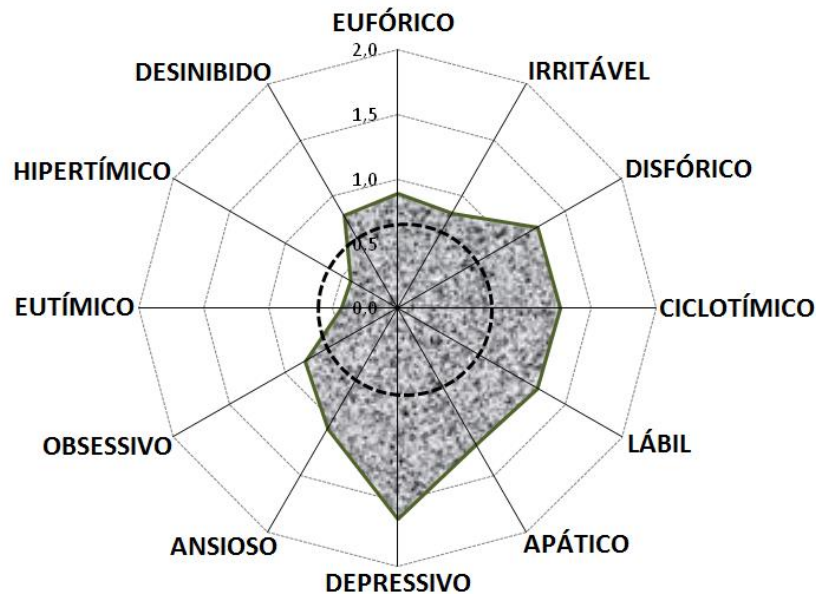
de defesa tanto *neuróticos* ( $1,08 \pm 0,01$ ) quanto *imaturos* ( $1,36 \pm 0,01$ ) ( $F_{[ANCOVA \text{ ajustada para idade, gênero e escolaridade}]} = 1497,2, p < 0,001$ ).

**Figura 3** - Valores médios de sintomas depressivos medidos pela escala de depressão SCL-90-R em relação aos 3 estilos de defesa. Valores ajustados para sexo, idade e escolaridade.



A figura 4 apresenta a média de escores na escala de sintomas depressivos da SCL-90-R em relação aos 12 temperamentos afetivos. Como mostrado nesta figura, altos escores médios ( $\pm EP$ ) na escala de depressão da SCL-90-R foram relatados por aqueles com temperamento *depressivo* ( $1,63 \pm 0,03$ ), seguidos por aqueles com temperamento *ciclotímico* ( $1,26 \pm 0,02$ ), *disfórico* ( $1,25 \pm 0,04$ ), *lábil* ( $1,25 \pm 0,04$ ), *apático* ( $1,21 \pm 0,04$ ) e *ansioso* ( $1,08 \pm 0,02$ ), enquanto baixos escores foram relatados naqueles com temperamentos *eutímico* ( $0,43 \pm 0,02$ ) e *hipertímico* ( $0,42 \pm 0,02$ ) ( $F_{[ANCOVA \text{ ajustada para idade, gênero e escolaridade}]} = 206,45, p < 0,01$ ).

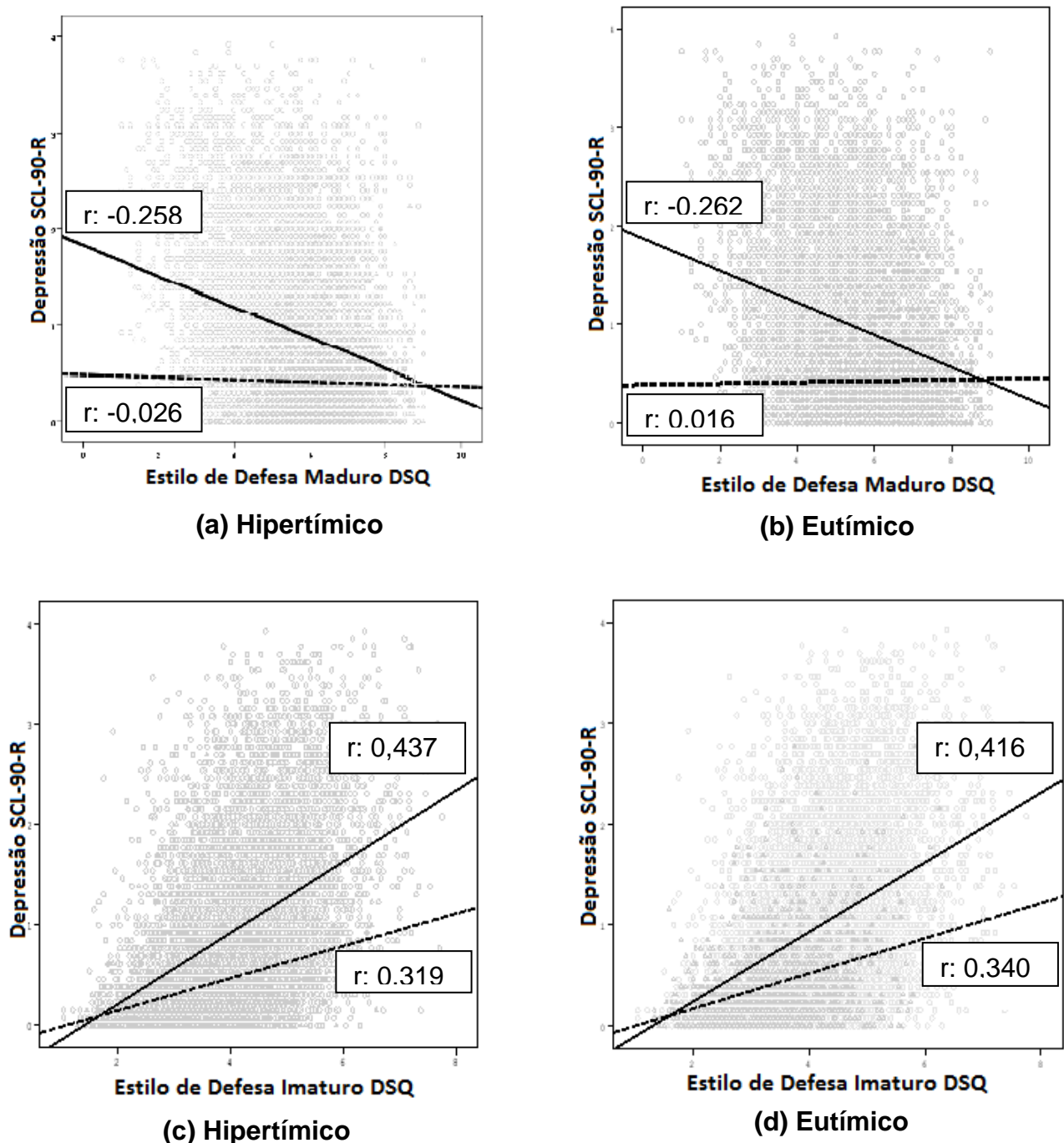
**Figura 4** - Valores médios de sintomas depressivos medidos pela escala de depressão SCL-90-R em relação aos 12 tipos de temperamentos. Valores ajustados para sexo, idade e escolaridade.



A partir da análise realizada para avaliar o potencial dos seis temperamentos pré-selecionados (isto é, *hipertímico*, *eutímico*, *depressivo*, *disfórico*, *ciclotímico* e *lábil*) para atuarem como moderadores do relacionamento entre estilos de defesa *maduro* e *imaturo* e sintomatologia depressiva, quatro análises mostraram um significativo efeito moderador. Estes temperamentos específicos foram selecionados devido a sua destacada associação com sintomas depressivos (Figura 6). Interações significativas foram observadas entre temperamentos *hipertímico/eutímico* e estilos de defesa *maduro* e *imaturo*. De acordo com a figura 5, a linha do relacionamento entre sintomas depressivos e estilo de defesa *maduro* é mais inclinada para participantes sem um temperamento *hipertímico* em comparação àqueles com este temperamento predominante (coeficiente de correlação de Pearson,  $r: -0,258, p < 0,001$  e  $-0,026, p = 0,436$ , respectivamente) (Figura 5a), bem como para aqueles sem um temperamento *eutímico* em comparação àqueles com este mesmo temperamento (coeficiente de correlação de Pearson,  $r: -0,262, p < 0,001$  e  $0,016, p = 0,561$ , respectivamente) (Figura 5b). No que se refere ao relacionamento entre sintomatologia depressiva com estilo de defesa *imaturo*, a inclinação do relacionamento é maior para participantes sem um temperamento *hipertímico* em comparação àqueles com este temperamento (coeficiente de correlação de Pearson,  $r: 0,437, p < 0,001$  e  $0,319, p < 0,001$ , respectivamente) (Figura 5c), bem como para

peças sem um temperamento *eutímico* em comparação àqueles com este mesmo temperamento (coeficiente de correlação de Pearson,  $r$ : 0,416,  $p < 0,001$  e 0,340,  $p < 0,001$ , respectivamente) (Figura 5d).

**Figura 5** - Gráficos de dispersão mostrando linhas de melhor ajuste para pessoas com e sem temperamentos hipertímico e eutímico. As linhas contínuas representam pessoas sem o temperamento e as linhas tracejadas representam pessoas com o temperamento como indicado: (a) temperamento hipertímico como moderador na relação entre sintomas depressivos e estilos de defesa maduros; (b) temperamento eutímico como moderador na relação entre sintomas depressivos e estilos de defesa maduros.





Modelos de regressão hierárquica linear confirmaram os efeitos moderadores mencionados acima; ambos temperamentos *hipertímico* e *eutímico* foram estimados como sendo moderadores significativos no relacionamento entre sintomatologia depressiva e estilos de defesa *maduros* bem como *imatuross*, visto que todos os termos de interação foram bastante significativos (Tabela 11, modelo 2), indicando, dessa forma, que o relacionamento entre sintomas depressivos e estilos de defesa *maduros* ou *imatuross* foram significativamente maiores em participantes sem temperamentos *hipertímico* ou *eutímico*.

**Tabela 11** - Análise de regressão múltipla hierárquica para examinar se o temperamento hipertímico e/ou eutímico são moderadores da relação entre estilos de defesa maduros e/ou imatuross e sintomatologia depressiva (variável critério-dependente: escala de depressão do SCL-90-R).

(continua)

	Modelo 1	Modelo 2
<b>(a) Temp. Hipertímico &amp; Estilo Maduro</b>		
(z) Temperamento hipertímico	-0,329 ***	-0,319 ***
(z) Estilo de Defesa Maduro	-0,150 ***	-0,141 ***
(z) Interação Hipertímico x Estilo maduro	-	0,082 ***
Coefficiente de determinação ajustado	0,162	0,168
Significância da mudança do F	0,001	0,001
<b>(b) Temp. Eutímico &amp; Estilo Maduro</b>		
(z) Temperamento Eutímico	-0,410 ***	-0,408 ***
(z) Estilo de Defesa Maduro	-0,114 ***	-0,101 ***
(z) Interação Eutímico x Estilo Maduro	-	0,091 ***
Coefficiente de determinação ajustado	0,218	0,226
Significância da mudança do F	0,001	0,001
<b>(c) Temp. Hipertímico &amp; Estilo Imaturo</b>		
(z) Temperamento hipertímico	-0,299 ***	-0,295 ***
(z) Estilo de Defesa Imaturo	0,384 ***	0,382 ***
(z) Interação Hipertímico x Estilo Imaturo	-	-0,051 ***
Coefficiente de determinação ajustado	0,284	0,292
Significância da mudança do F	0,001	0,001

**Tabela 11** - Análise de regressão múltipla hierárquica para examinar se o temperamento hipertímico e/ou eutímico são moderadores da relação entre estilos de defesa maduros e/ou imaturos e sintomatologia depressiva (variável critério-dependente: escala de depressão do SCL-90-R).

(conclusão)

**(d) Temp. Eutímico & Estilo Imaturo**

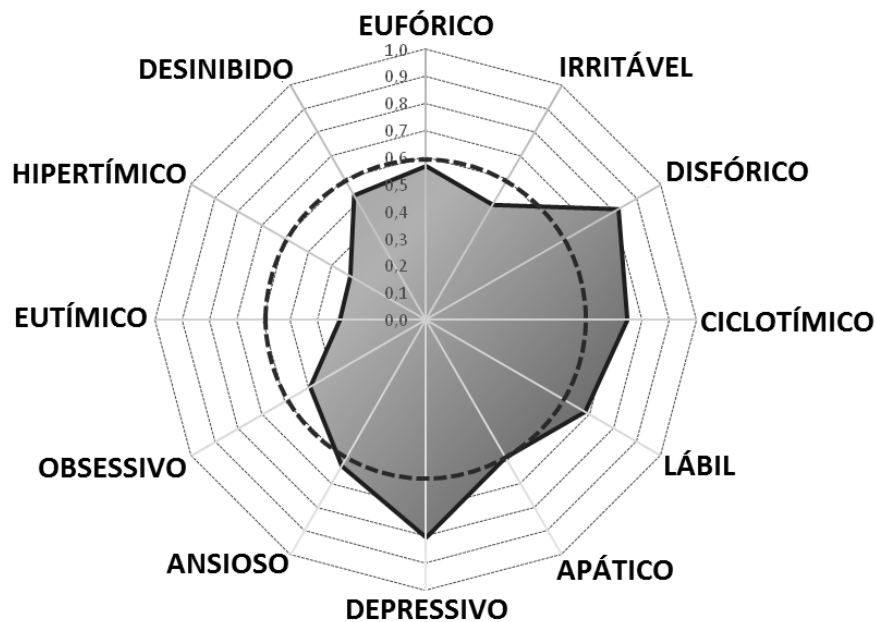
(z) Temperamento Eutímico	-0,343 ***	-0,340 ***
(z) Estilo de Defesa Imaturo	0,328 ***	0,326 ***
(z) Interação Eutímico x Estilo Imaturo	-	-0,053 ***
Coefficiente de determinação ajustado	0,302	0,315
Significância da mudança do F	0,001	0,001

Nota: \*\*\*,  $p < 0.001$

#### 6.4 Relações entre Estilos de Defesa, Temperamentos Afetivos e Sintomas Somáticos

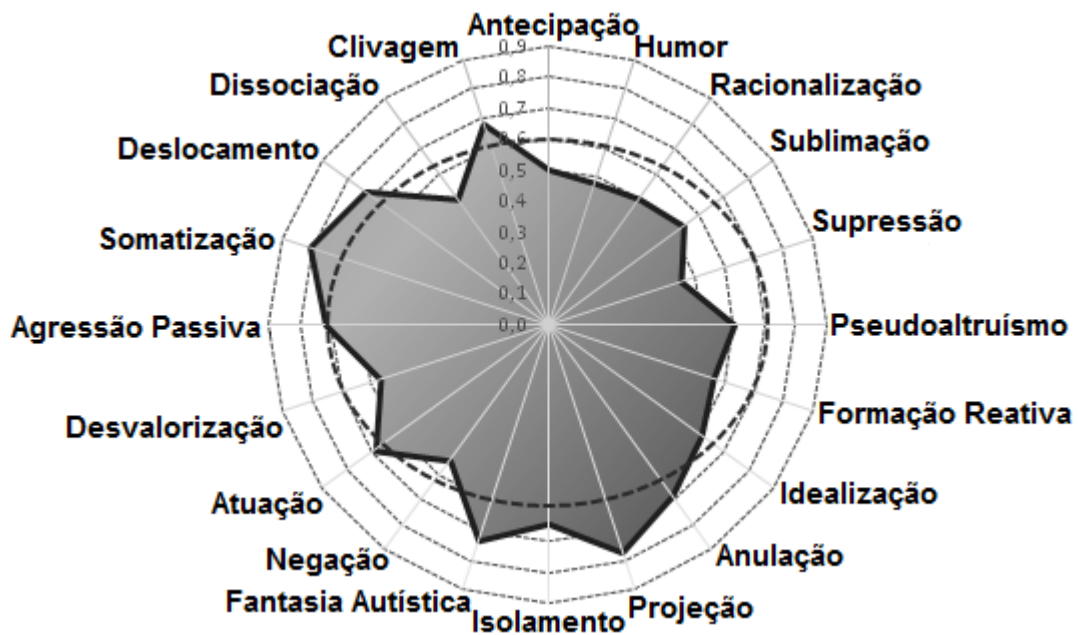
A figura 6 apresenta os escores médios ajustados para idade, gênero, e escolaridade na escala de somatização da SCL-90-R através dos 12 temperamentos afetivos. Como mostrado nesta figura, altos escores médios ( $\pm EP$ ) na gravidade de sintomas somáticos foram relatados por aqueles com temperamentos *disfórico* ( $0,82 \pm 0,03$ ) seguidos por *depressivo* ( $0,80 \pm 0,02$ ) e *ciclotímico* ( $0,74 \pm 0,01$ ), enquanto que baixos escores foram relatados pelos indivíduos com temperamentos *eutímico* ( $0,32 \pm 0,01$ ) e *hipertímico* ( $0,32 \pm 0,02$ ) ( $F_{[11,9914]} = 77,43$ ,  $p < 0,001$ ).

**Figura 6** - Média dos valores dos sintomas somatização medidos pela escala de somatização do SCL-90-R em relação aos 12 temperamentos afetivos. Valores ajustados para idade, gênero e escolaridade.



A figura 7 apresenta os escores médios ajustados para idade, gênero e escolaridade na escala de somatização da SCL-90-R através de cada um dos 20 mecanismos de defesa. Como mostrado na figura 7, altos escores médios ( $\pm EP$ ) na gravidade de sintomas somáticos foram relatados por aqueles com mecanismo de defesa de *somatização* predominante ( $0,81 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=1187,9$ ,  $p < 0,001$ ), seguidos por aqueles com as defesas de projeção ( $0,77 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=713,1$ ,  $p < 0,001$ ), *deslocamento* ( $0,73 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=641,5$ ,  $p < 0,001$ ), *fantasia autística* ( $0,73 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=713,1$ ,  $p < 0,001$ ) e *agressão passiva* ( $0,72 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=154,6$ ,  $p < 0,001$ ) predominantes, enquanto que baixos escores foram relatados pelos indivíduos com defesas maduras de *antecipação* ( $0,50 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=60,4$ ,  $p < 0,001$ ), *racionalização* ( $0,50 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=33,4$ ,  $p < 0,001$ ), *humor* ( $0,48 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=91,5$ ,  $p < 0,001$ ) e *supressão* ( $0,45 \pm 0,01$ ,  $F_{[1,9924]}=154,6$ ,  $p < 0,001$ ) predominantes.

**Figura 7** - Média dos valores dos sintomas somatização medidos pela escala de somatização do SCL-90-R em relação aos 20 mecanismos de defesa. Valores ajustados para idade, gênero e escolaridade.



A tabela 12 mostra que as principais variáveis demográficas (modelo 1) explicaram 6,8% da variância na escala de somatização da SCL-90-R ( $p < 0,001$ ). De acordo com o modelo 2, ao adicionar-se os temperamentos afetivos, estes explicaram 15,8% da variância; os temperamentos *disfórico*, *depressivo*, *lábil*, *ansioso* e *ciclotímico*, em ordem decrescente, foram positivamente associados com a gravidade dos sintomas somáticos, enquanto que o temperamento *eutímico* foi associado negativamente com os mesmos. A adição de mecanismos de defesa significativamente aumentou a explicação da variância em 8,6% (modelo 3); as defesas *somatização*, *deslocamento*, *projeção* e *desvalorização* apresentaram, em ordem decrescente, os maiores coeficientes beta em seu relacionamento com a gravidade de sintomas somáticos. De acordo com o modelo 4, os sintomas depressivos explicam 18,8% da variância. Neste modelo, idade avançada, gênero feminino, baixa escolaridade, temperamentos *disfórico* e *depressivo*, altos escores nas defesas *somatização* e *deslocamento* e sintomas *depressivos* foram variáveis significativa e independentemente associadas com a gravidade de sintomas somáticos.

**Tabela 12** - Modelo hierárquico dos fatores associados com sintomas de somatização

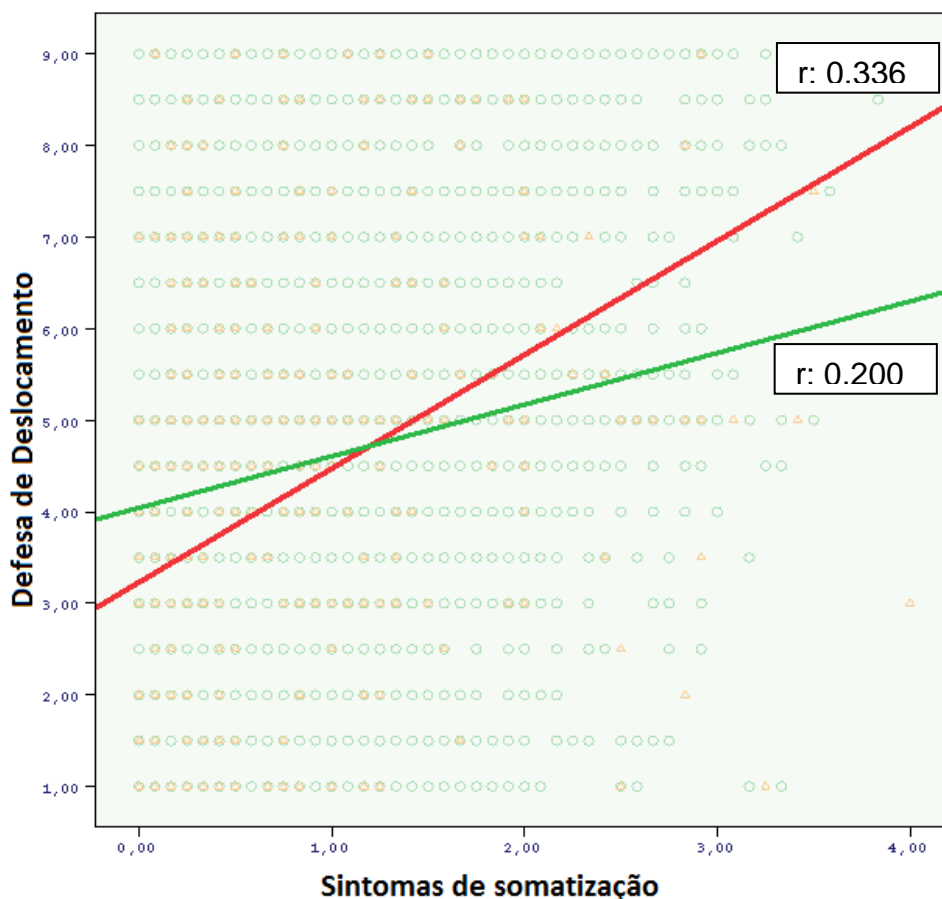
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<b>Dados sociodemográficos</b>					
Idade	,050 ***	,095 ***	,107 ***	,082 ***	,082 ***
Gênero (M=1, F=2)	,228 ***	,211 ***	,140 ***	,096 ***	,097 ***
Escolaridade	-,134 ***	-,087 ***	-,082 ***	-,088 ***	-,088 ***
<b>Temperamentos Afetivos</b>					
Eufórico	-	,042 ***	,010	,007	,007
Irritável	-	-,002	-,016	,005	,004
Disfórico	-	,145 ***	,084 ***	,052 ***	,055 ***
Ciclotímico	-	,062 ***	,032	,018	,018
Lábil	-	,081 ***	,049 ***	,022	,021
Apático	-	,031	,004	,012	,013
Depressivo	-	,106 ***	,050 ***	,043 ***	,042 ***
Ansioso	-	,075 ***	,036 ***	,026	,027
Obsessivo	-	-,020	-,014	-,007	-,008
Eutímico	-	-,087 ***	-,045 ***	-,006	-,006
Hipertímico	-	-,029	-,010	-,015	-,014
Desinibido	-	-,008	-,010	-,019	-,020
<b>Defensas do Ego</b>					
Antecipação	-	-	-,022	-,012	-,012
Humor	-	-	-,005	-,013	-,013
Racionalização	-	-	-,018	,005	,005
Sublimação	-	-	-,011	-,011	-,010
Supressão	-	-	-,005	-,013	-,012
Pseudo-altruísmo	-	-	,004	,022	,021
Formação reativa	-	-	,036 ***	,016	,016
Idealização	-	-	,028	,023	,022
Anulação	-	-	,036 ***	,012	,012
Projeção	-	-	,102 ***	,008	,009
Isolamento	-	-	,033 ***	,014	,015
Fantasia Autística	-	-	,024	,024	,023
Negação	-	-	-,023	-,015	-,015
Atuação	-	-	,039 ***	,026	,025
Desvalorização	-	-	,051 ***	,026	,025
Passividade Agressiva	-	-	,006	,015	,016
Somatização	-	-	,223 ***	,172 ***	,173 ***
Deslocamento	-	-	,113 ***	,076 ***	,070 ***
Dissociação	-	-	,004	,018	,019
Cisão	-	-	,014	,002	,002
<b>Sintomas depressivos</b>	-	-	-	,587 ***	,585 ***
<b>Interação Disf. x Desloc.</b>	-	-	-	-	,042 ***
<b>Coeficiente de determinação</b>					
ajustado	0,068	0,226	0,312	0,500	0,510
R <sup>2</sup> ajustado incrementado	0,068	0,158	0,086	0,188	0,010
Significância da mudança do F	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Nota: valores mostrados são coeficientes de regressão beta padronizados; \*\*\*, p<0,001.

Das análises realizadas para avaliar os potenciais moderadores do relacionamento entre mecanismos de defesa e gravidade de sintomas somáticos

através dos temperamentos afetivos selecionados previamente de acordo com sua significância (isto é, *disfórico*, *depressivo*, *lábil*, *ansioso* e *ciclotímico*; tabela 12), apenas uma análise mostrou um efeito moderador de interesse: uma interação significativa foi observada entre o temperamento *disfórico* e a defesa *deslocamento*. Como mostrado na figura 8, a inclinação da reta do relacionamento entre *deslocamento* e gravidade de sintomas somáticos é maior para participantes com o temperamento *disfórico* do que sem o mesmo (coeficientes de correlação de Pearson: 0,336,  $p < 0,001$  e 0,200,  $p < 0,001$ , respectivamente).

**Figura 8** - Gráfico de dispersão mostrando linhas de melhor ajuste para pessoas com e sem temperamento disfórico quando este tipo de temperamento é testado como moderador na relação entre defesa de deslocamento e sintomas de somatização. A linha vermelha representa pessoa com temperamento disfórico e a linha verde representa pessoas sem este tipo de temperamento.



Modelos de regressão hierárquica linear subsequentes confirmaram o efeito moderador supracitado; foi observado que o temperamento *disfórico* é um moderador significativo do relacionamento entre a defesa *deslocamento* e a

gravidade de sintomas somáticos, na medida em que o termo de interação foi significativo (tabela 12, modelo 5), indicando que o relacionamento entre gravidade de sintomas somáticos e defesa deslocamento foi significativamente maior para os participantes com temperamento *disfórico*. A análise da interação conduzida ao adicionar-se um modelo na análise hierárquica prévia (tabela 13; modelo 2) mostrou que os efeitos principais e interativos foram correlatos significativos e independentes da gravidade de sintomas somáticos.

**Tabela 13** - Análise de regressão múltipla hierárquica para examinar se o temperamento disfórico é um moderador da relação entre defesa de deslocamento e sintomas de somatização (variável critério-dependente: escala de somatização do SCL-90-R).

	Modelo 1	Modelo 2
(z) Temperamento Disfórico	0,248***	0,244***
(z) Defesa de Deslocamento	0,265***	0,259***
(z) Temperamento Disfórico x Deslocamento	-	0,050***
Coeficiente de determinação ajustado	0,165	0,172
Significância da mudança do F	0,001	0,001

Nota: valores mostrados são coeficientes padronizados de regressão beta; \*\*\*,  $p < 0,001$

Finalmente, as análises multivariadas apresentadas na tabela 14 mostram que sintomas de desmaio ou tontura ( $p=0,01$ ) e sensação de braços e pernas pesados ( $p=0,018$ ) foram sintomas somáticos específicos predominantes em indivíduos com temperamento *disfórico*. Dores na coluna e dormência em partes do corpo foram sintomas intensos naqueles que relataram adotar predominantemente a defesa de *somatização*. Dores de cabeça ( $p=0,021$ ), desmaio ou tontura ( $p=0,018$ ), dores na coluna ( $p=0,002$ ), sensações de calor ou frio ( $p=0,001$ ), dormência ou formigamento em partes do corpo ( $p=0,001$ ), sentir fraqueza em partes do corpo ( $p=0,048$ ) e sensação de braços e pernas pesados ( $p=0,001$ ) foram sintomas somáticos predominantes em indivíduos que relataram adotar predominantemente a defesa *deslocamento*, enquanto que dores de cabeça ( $p=0,013$ ) e sensações de calor ou frio ( $p=0,001$ ) foram mais intimamente associados com a interação entre temperamento *disfórico* e defesa *deslocamento* (tabela 14).

**Tabela 14** - Sintomas somáticos específicos associados com temperamento disfórico, defesa deslocamento predominante e seu termo de interação (temperamento disfórico x defesa deslocamento) ajustado para idade, gênero e escolaridade (N=9937)

	Temperamento Disfórico <sup>(1)</sup>		Defesa Somatização predominante <sup>(2)</sup>		Defesa Deslocamento predominante <sup>(3)</sup>		Termo de Interação <sup>(4)</sup>	
	Razão de chance (IC 95%)	Valores de p	Razão de chance (IC 95%)	Valores de p	Razão de chance (IC 95%)	Valores de p	beta	Valores de p
Dores de cabeça	1,0 (0,950-1,199)	,275	<b>1,4 (1,358-1,508)</b>	<b>,001</b>	<b>1,1 (1,009-1,116)</b>	<b>,021</b>	<b>,048</b>	<b>,013</b>
Desmaio ou tontura	<b>1,2 (1,045-1,385)</b>	<b>,010</b>	<b>1,2 (1,098-1,257)</b>	<b>,001</b>	<b>1,1 (1,014-1,156)</b>	<b>,018</b>	,020	,129
Dores no coração ou no peito	1,1 (0,993-1,306)	,063	<b>1,1 (1,029-1,185)</b>	<b>,006</b>	1,0 (0,970-1,112)	,275	,004	,731
Dores na coluna	1,0 (0,852-1,064)	,386	1,0 (0,991-1,090)	,113	<b>1,1 (1,028-1,126)</b>	<b>,002</b>	,004	,770
Náusea ou estômago embrulhado	1,0 (0,952-1,229)	,226	<b>1,1 (1,067-1,203)</b>	<b>,001</b>	1,0 (0,921-1,036)	,436	-,002	,888
Músculos doloridos	1,0 (0,869-1,126)	,870	<b>1,1 (1,028-1,152)</b>	<b>,003</b>	1,0 (0,991-1,105)	,104	,006	,684
Dificuldades de respirar	1,1 (0,943-1,294)	,216	<b>1,1 (1,011-1,181)</b>	<b>,046</b>	1,0 (0,961-1,130)	,313	,014	,247
Sensações de calor ou frio	1,0 (0,966-1,233)	,162	<b>1,1 (1,022-1,148)</b>	<b>,007</b>	<b>1,2 (1,119-1,251)</b>	<b>,001</b>	<b>,071</b>	<b>,001</b>
Dormência ou formigamento em partes do corpo	1,0 (0,897-1,163)	,748	1,0 (0,983-1,110)	,163	<b>1,2 (1,106-1,244)</b>	<b>,001</b>	,020	,103
Um nó na garganta	1,0 (0,966-1,246)	,152	<b>1,1 (1,019-1,153)</b>	<b>,010</b>	1,0 (0,969-1,091)	,363	-,012	,295
Sentir fraqueza em partes do corpo	0,9 (0,746-1,014)	,074	<b>1,1 (1,018-1,166)</b>	<b>,014</b>	<b>1,1 (1,001-1,141)</b>	<b>,048</b>	,015	,345
Braços ou pernas pesados	<b>1,2 (1,029-1,354)</b>	<b>,018</b>	<b>1,1 (1,032-1,171)</b>	<b>,003</b>	<b>1,2 (1,116-1,260)</b>	<b>,001</b>	,022	,134

Nota: (1) Análise de regressão logística multivariada (ARLM) binária com variável dependente “temperamento disfórico”; os valores preditivos foram calculados baseado na probabilidade de ter “temperamento *disfórico*” cujo ponto de corte entre “*disfórico*” e “*não disfórico*” foi de 0,5. A análise corretamente classificou 96,4% dos casos com um R<sup>2</sup> Nagelkerke=0,234 na amostra total; (2) ARLM com variável dependente “defesa *somatização*”; os valores preditivos foram calculados baseado na probabilidade de ter “defesa *somatização*” como defesa predominante cujo ponto de corte entre “*somatização predominante*” e “*não predominante*” foi de 0,500. A análise corretamente classificou 71,1% dos casos com um R<sup>2</sup> Nagelkerke=0,198; (3) ARLM com variável dependente “defesa *deslocamento*”; os valores preditivos foram calculados baseado na probabilidade de ter “defesa *deslocamento*” como defesa predominante cujo ponto de corte entre “*deslocamento predominante*” e “*não predominante*” foi de 0,5. A análise corretamente classificou 66,1% dos casos com um R<sup>2</sup> Nagelkerke=0,127; (4) análise de regressão linear múltipla com o termo de interação “temperamento disfórico x defesa deslocamento” como variável dependente; R<sup>2</sup> ajustado=0,166, p<0,001; IC=Intervalo de Confiança.



## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 Estilos de Defesa e Temperamentos Afetivos

Este estudo demonstra que os temperamentos afetivos estão associados diferentemente aos estilos de defesa em uma amostra de base populacional extraída da internet. Os resultados confirmaram a hipótese inicial. Aqueles temperamentos afetivos usualmente relacionados à psicopatologia e aqueles mais resilientes tendem a se associar a estilos de defesa com direcionamento semelhante no que tange à saúde mental. Temperamentos do tipo *ciclotímico*, *eufórico*, *lábil*, *desinibido*, *depressivo* ou *disfórico*, menos resilientes, estão associados predominantemente com estilos de defesa imaturos, enquanto os tipos de temperamentos afetivos do tipo *hipertímico* ou *eutímico*, mais resilientes, costumam adotar um estilo de defesa maduro. Assim, indivíduos com diferentes temperamentos afetivos tendem a adotar defesas com níveis variáveis de maturidade ao lidar com circunstâncias adversas, isto é, estressores.

O modelo AFECT fornece uma base explicativa razoável para a compreensão destes achados na medida em que concebe uma tipologia humana em duas abordagens distintas, a saber, analítica (dimensional) e sintética (categorial). No que se refere aos aspectos dimensionais dos temperamentos associados aos estilos de defesa maduros, neuróticos e imaturos, pode-se observar que os estilos de defesa maduros foram associados aos temperamentos presumidamente associados a altos níveis de controle (ajustamento frente ao ambiente) e *coping* (resolução de problemas) e baixos níveis de sensibilidade (sofrimento diante de frustração). A maturidade das defesas é definida pelo maior ajustamento psicossocial derivado do modo automático de reagir a eventos conflitantes e geradores de angústia. Um cérebro cuja conectividade, especialmente, do lobo frontal, se formou em ambientes seguros e com exemplos de superação diante das dificuldades e que herdou uma base genética que possibilita tal formação, resultando em um modo emocional resiliente de enfrentamento das circunstâncias adversas, tende a adotar estratégias funcionais como resposta às frustrações, estresse e desafios do cotidiano. Desse modo, indivíduos com temperamento

hipertímico e eutímico tendem a possuir mais maturidade psicológica e maior adaptação a uma gama maior de contextos do que aqueles com temperamentos fatorialmente associados a baixo coping e controle e alta raiva, inibição e sensibilidade combinados. Teoricamente, indivíduos *eutímicos* são menos predispostos a desenvolver psicopatologia (AKISKAL *et al.*, 2005). Estudos de base populacional sugerem que o temperamento *hipertímico* tem um papel protetor geral no desenvolvimento de muitos transtornos mentais (KARAM *et al.*, 2010), apesar de, em certas circunstâncias, indivíduos com este tipo de temperamento estarem relacionados a bipolaridade (AKISKAL; PINTO, 1999), abuso de substâncias ou transtornos do controle do impulso (KARAM *et al.*, 2010).

Estes achados abrem novas perspectivas para a compreensão do papel dos temperamentos afetivos e emocionais na vulnerabilidade à psicopatologia. Temperamentos *ciclotímico* e *eufórico* estão relacionados ao desenvolvimento de transtorno do espectro bipolar (AKISKAL; PINTO, 1999; VAZQUEZ *et al.*, 2008; LARA *et al.*, 2012a), enquanto os temperamentos *lábil*, *desinibido* e *apático* estão relacionados a aspectos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (LARA *et al.*, 2012a). O temperamento *depressivo* em juntamente com a distímia, em seu extremo, geralmente, conduz a um quadro clínico de depressão maior (AKISKAL; AKISKAL, 2005). Defesas imaturas e neuróticas, usualmente associadas percepção distorcida de si próprio, dos outros e das emoções eliciadas pelos objetos percebidos, apresentam baixa resolutividade dos problemas e modo disfuncional de lidar com o estresse (OFFER *et al.*, 2000). Além disso, pessoas jovens costumam utilizar significativamente menos defesas maduras no seu funcionamento cotidiano e significativamente mais defesas imaturas do que pessoas com idade mais avançada (WHITTY, 2003). Neurobiologicamente, estudos anatômicos de substância cinzenta cortical apontam que o cérebro se desenvolve até por volta dos 21 anos de idade (GOGTAY *et al.*, 2004), sendo os lobos frontais o último local do cérebro a sofrer o processo de mielinização, sendo esta região cerebral que embasa a tomada de decisão e regula a expressão emocional frente às demandas do ambiente (*coping* e controle). Indivíduos jovens, em decorrência do processo natural de amadurecimento e desenvolvimento cerebral, têm poucos recursos biológicos para respostas comportamentais adequadas diante de importantes desafios cotidianos. Neste sentido, os mais jovens tendem a fazer uso de defesas imaturas, tal qual aqueles com temperamentos com altos níveis de dimensões emocionais

provenientes de áreas límbicas em detrimento das dimensões relativas às regiões frontais, que embasam mecanismos cognitivos complexos. Visto que o processo maturacional é uma “via de mão dupla” entre genes e ambiente, os processos neurocognitivos, modulados pela afetividade, guiam a maturação psicológica em interação com as relações sociais vividas ao longo do desenvolvimento. Se o indivíduo herda um temperamento com alta expressão de dimensões emocionais muito impulsivas (Raiva), muito restritivas (Inibição) ou muito sensíveis (Sensibilidade), o produto da interação gene-ambiente, neste caso, pode resultar em modos automáticos de reagir às adversidades (estilos de defesa) disfuncionais ou imaturos e neuróticos, conforme corroborados pelos achados apresentados neste trabalho.

Apesar da ampla associação entre estilos de defesa e os temperamentos afetivos demonstrado pelos presentes achados, os resultados da análise fatorial conjunta sugerem que estilos de defesa e temperamentos afetivos são construtos, de certa forma, independentes. Teoricamente, temperamentos afetivos são construtos relativamente estáveis ao longo do tempo (KAWAMURA *et al.*, 2010) e predominantemente hereditários (CASSANO *et al.*, 1992; GONDA *et al.*, 2006), enquanto que os mecanismos de defesa tem suas origens atribuídas às fases iniciais da vida (FREUD, 1986) e podem mais facilmente mudar ao longo do ciclo vital (VAILLANT, 1992). De modo importante, o escore do estilo de defesa *maduro* apresentou índices negativos em relação ao primeiro fator na mesma direção dos temperamentos *hipertímico* e *eutímico*. Consistentemente, alguns itens do estilo de defesa *maduro* do DSQ-40 (por exemplo, *humor*) podem se sobrepor a aspectos dos temperamentos afetivos resilientes, i.e., hipertímicos e eutímicos. Inversamente, os estilos de defesa *imaturado* e *neurótico* apresentaram índices significativos no quarto fator. Notavelmente, itens individuais dos estilos de defesa *neurótico* e *imaturado* no DSQ-40 parecem estar mais relacionados ao funcionamento interpessoal (ANDREWS; SINGH; BOND, 1993) do que a características dos temperamentos afetivos. Desse modo, apesar de haver importantes relações entre estes dois construtos, eles devem medir diferentes aspectos da personalidade. Assim, a avaliação dos estilos de defesa juntamente com a identificação do temperamento afetivo predominante (AKISKAL *et al.* 2005) podem prover informações valiosas acerca do papel de distintos fatores da personalidade para a compreensão da psicopatologia e do sofrimento psíquico individual.

## 7.2 Estilos de Defesa e Temperamentos Afetivos e Sintomas Depressivos

Na presente pesquisa, estudamos as contribuições dos temperamentos afetivos predominantes e dos estilos de defesa na formação de sintomas depressivos, com concomitante ajustamento para múltiplas potenciais variáveis de confusão. Os presentes dados estão em consonância com uma pesquisa envolvendo população adulta Húngara (LAZARY *et al.*, 2009), na qual os autores observaram que o temperamento *depressivo* (tal como definido pelo Autoquestionário de Avaliação do Temperamento de Memphis, Pisa, Paris e São Diego - TEMPS-A) está independentemente associado com sintomas *depressivos*, enquanto que o temperamento *hipertímico* correlacionou-se negativamente com os sintomas depressivos em análise bivariada. Por outro lado, os resultados demonstram que estilos de defesa *imatur* e *neurótico* são independentemente associados com sintomas *depressivos*, enquanto que um estilo de defesa *maduro* está independentemente associado com baixa sintomatologia depressiva. Dados anteriores também dão suporte a estes achados. Por exemplo, Kwon e Lemon (2000) demonstraram que altos níveis de defesas *maduras* estão associadas com menos sintomas *depressivos*, enquanto que altos níveis de defesas *imaturas* estão positivamente associadas com sintomas *depressivos* em uma população de estudantes universitários. Finalmente, uma revisão sistemática indicou que pacientes com transtorno depressivo maior tem estilo de defesa caracterizado por altos escores em estilos defensivos *imatur* e *neurótico* e baixos escores em estilo defensivo *maduro* (CALATI *et al.*, 2010).

Os efeitos moderadores dos temperamentos *hipertímico/eutímico* sobre o relacionamento entre os estilos de defesa *maduro/imatur* e os sintomas depressivos são relevantes. Assim, uma complexa interação entre os temperamentos afetivos e os estilos de defesa pode estar na raiz da formação dos sintomas depressivos. Por exemplo, um indivíduo que diante de adversidades as enfrenta baseado predominantemente na classe de estilos de defesa *imatur* e que possui um temperamento *depressivo* pode ser mais predisposto a desenvolver sintomas depressivos. Inversamente, de acordo com os presentes achados, aqueles que possuem temperamentos *hipertímico* ou *eutímico* dominantes podem estar mais protegidos de sintomas depressivos, mesmo na presença de um estilo de defesa *imatur*. Após a exposição a estressores significativos, alguns indivíduos são

notavelmente “resilientes” no que se refere a um subsequente desenvolvimento de sintomas depressivos (BLEICH; GELKOPF; SOLOMON, 2003; SALGUERO *et al.*, 2011), consistentemente com o paradigma de estresse na diátese para depressão (MONROE; SIMONS, 1991). Entretanto, indivíduos *hipertímicos* são mais orientados para ação do que orientados para introspecção (AKISKAL *et al.* 2005a) e podem em certas circunstâncias *expressar* seus impulsos de maneira disfuncional. Assim, um subgrupo *imaturo* de indivíduos hipertímicos pode ser mais susceptível a desenvolver transtornos externalizantes (KARAM *et al.*, 2010; LARA *et al.*, 2012a) do que sintomas depressivos. Uma intrigante hipótese é que indivíduos com temperamentos *hipertímico* ou *eutímico* podem ser constitucionalmente mais “resilientes” ao estresse e, desse modo, menos vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos, independentemente da maturidade de suas defesas, enquanto que defesas maduras tem um papel protetor na formação de sintomas depressivos, a despeito da presença ou ausência de temperamentos *hipertímico* ou *eutímico*, papel, este, potencializado pela presença dos referidos temperamentos.

### 7.3 Estilos de Defesa e Temperamentos Afetivos e Sintomas Somáticos

Semelhantemente ao observado no estudo dos sintomas depressivos, no que se refere aos sintomas somáticos, os resultados do presente estudo mostram que temperamentos afetivos específicos e distintos mecanismos de defesa estão associados com a gravidade de múltiplos sintomas somáticos perturbadores em uma ampla amostra extraída da internet. Os participantes com temperamentos *disfórico*, *depressivo* e *ciclotímico* e aqueles que adotam predominantemente mecanismos defensivos da classe *imatura*, como *somatização*, *deslocamento*, *projeção*, *fantasia autística* e *agressão passiva*, apresentam sintomas somáticos mais graves. Análises multivariadas mostram uma significativa associação independente de temperamento *disfórico* e defesa de *deslocamento* com a gravidade de sintomas somáticos, sendo estas associações independentes de sintomas depressivos. No entanto, a forma como o DSQ-40 aborda em o mecanismo de deslocamento pode criar um viés na avaliação quantitativa que busca associação entre tais variáveis, podendo haver confusão entre a defesa de deslocamento e a de somatização, como exemplificado

pelo ilustrativo questionamento: “Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo”.

Um efeito de interação entre temperamento *disfórico* e defesa de *deslocamento* também foi observado, indicando que fatores psicológicos aprendidos podem interagir com construtos psicológicos tidos como inatos (temperamento) na produção de sintomas somáticos. De acordo com a revisão de literatura, este foi o primeiro estudo a investigar associações e interações entre os temperamentos afetivos e mecanismos de defesa com a gravidade de sintomas somáticos e agrega consideravelmente para a compreensão do papel de fatores psicológicos na vulnerabilidade ao desenvolvimento de múltiplos sintomas somáticos perturbadores, ao que isto reflete dados de uma ampla amostra extraída da internet, ajustados para a presença de sintomas depressivos concorrentes, além de idade, gênero e escolaridade. De acordo com o presente estudo, idade avançada, gênero feminino, baixa escolaridade, temperamentos *disfórico* e *depressivo*, altos escores nas defesas *somatização* e *deslocamento* e sintomas *depressivos* são as variáveis que mais se associam com a gravidade de sintomas somáticos.

Dentre as variáveis psicológicas estudadas em relação à formação do sintoma somático, o neuroticismo tem atraído a maior atenção e estudos têm mostrado que o este construto, tal como medido pelo Questionário de Personalidade de Eysenck (EYSENCK; EYSENCK, 1992) está associado com o relato de todos os sintomas somáticos avaliados independentemente do sofrimento psicológico ou problemas psiquiátricos (ROSMALLEN *et al.*, 2007; NEELEMAN *et al.*, 2004). Pesquisas acerca do relacionamento entre temperamentos afetivos com sintomas somáticos são limitadas e estão confinadas a pessoas com transtornos de somatização. A teoria de Cloninger sugere que um padrão temperamental de alta busca por novidades e baixa esquiva do perigo, caracterizada por impulsividade e disposição para a excitabilidade, pode levar a hipovigilância cognitiva, baixa predição de eventos aversivos, sensibilização gradual e, ultimamente, a ansiedade somática crônica (CLONINGER, 1986). Battaglia, Bertella, Bajo, Politi e Bellodi (1998) relataram alta busca por novidades em mulheres com transtorno de somatização e Russo, Katon, Sullivan, Clark e Buckwald (1994) encontraram que o número de sintomas clinicamente inexplicáveis ao longo da vida foi associado com esquiva do perigo; entretanto, em seu estudo com jovens adultos da população geral com diagnóstico de transtorno de somatização de acordo com DSM-III não replicou

estes achados (KARVONEN *et al.*, 2006). Os resultados aqui gerados mostram que temperamentos *disfórico*, *depressivo* e *ciclotímico* estão associados com a gravidade de sintomas somáticos, com o temperamento *disfórico* sendo mais intimamente associado com a gravidade destes sintomas, independentemente de sintomatologia depressiva. O temperamento *disfórico* inclui uma tendência a se sentir tenso, ansioso, irritado e agitado, tudo ao mesmo tempo (LARA *et al.* 2012a). Este temperamento é bastante próximo ao temperamento *ciclotímico*, no qual há mudanças no humor e reações emocionais exageradas, porém o temperamento *disfórico* é um estado predominantemente misto (GUPTA *et al.*, 2011; PACCHIAROTTI *et al.*, 2013), com forte conexão com os seguintes diferentes níveis: tensas emoções corporais mistas (irritabilidade, medo, angústia), mente ansiosa (p.ex. apreensão) e “espírito inquieto” (LARA *et al.* 2012a). Ainda, no que se refere às dimensões emocionais (tabela 2), este temperamento tem a presença de altos níveis de raiva e sensibilidade (LARA *et al.* 2012a). Adicionalmente, enquanto o temperamento *depressivo* tem baixa saliência ou intensidade e valência negativa (i.e. o valor emocional associado ao estímulo), o temperamento *disfórico* reflete uma combinação de alta saliência ou intensidade com valência negativa (i.e. emoções negativas) e pouca valência positiva (LARA *et al.* 2012a). Tal distinção teórica entre temperamentos *disfórico* e *depressivo* e os presentes achados de base populacional concernentes a associação com temperamento *disfórico* e gravidade de sintomas somáticos, independente dos sintomas depressivos, pode lançar luz na contribuição dos fatores hereditários de personalidade ao desenvolvimento de sintomas somáticos inconvenientes. Neste sentido, evidências sugerem que síndromes de somatização polisintomáticas e sintomas clinicamente inexplicáveis ocorrem em famílias (Guze *et al.*, 1986; Hotopf *et al.*, 1999) e, enquanto o maior componente genético em somatização não tem sido bem estabelecido, pesquisas que conjugam os mecanismos genéticos e ambientais se fazem necessárias.

Conforme se expôs ao longo do presente trabalho, os mecanismos de defesa são considerados importantes fatores ambientais da psicopatologia (VAILLANT, 1971, 1992; CALATI *et al.*, 2001; BOND, 2004). Os achados, aqui, mostram que as defesas de *somatização* e *deslocamento* são correlatos independentes da gravidade de sintomas somáticos mesmo após ajustamento para sintomas depressivos, indicando que operações defensivas individuais desempenham um significativo papel na formação de sintomas somáticos. O DSQ-40 avalia a defesa de *somatização*

associando diretamente o aparecimento de sintomas corporais com sofrimento psicológico (p.ex. “Eu fico fisicamente doente quando as coisas não vão bem para mim” ou “Eu tenho dor de cabeça quando eu tenho que fazer alguma coisa de que não gosto”), assumindo que ocorre uma conversão defensiva de conflitos psíquicos em sintomas corporais (VAILLANT, 1992; BOND, 1992). No *deslocamento*, por outro lado, o indivíduo lida com conflitos emocionais, ou estressores internos ou externos, pelo redirecionamento do sentimento ou resposta associado a um objeto a outro objeto considerado menos ameaçador (neste exemplo, sobre partes do corpo). Os presentes achados dão suporte à clássica hipótese psicanalítica de que inervações somáticas são resultado da mudança ou deslocamento da energia psíquica para sintomas corporais através da conversão, no sentido de, por meio desta, expressar de modo distorcido os derivados de impulsos reprimidos (RANGELL, 1959; FOX, 1959). A conversão, dessa maneira, diz respeito a um processo a favor da formação do sintoma utilizando defesas individuais que incluem *deslocamento*, e tal repertório defensivo desempenha um importante papel na dinâmica de manifestações somáticas (BRENNER, 1981). Os presentes achados dão suporte a este postulado. Estudos prévios têm mostrado que a defesa de somatização foi predominante em pacientes com dor crônica (MONSEN; HAVIK, 2001) e que a defesa de somatização tal como medida pelo DSQ-40 foi fortemente associada com dispneia mais grave auto relatada em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) independentemente de depressão e da gravidade de doenças quando avaliadas por medidas objetivas (ALBUQUERQUE *et al*, 2011). Adicionalmente, mecanismos de defesa moderam o relacionamento entre dor e qualidade de vida física em pacientes com artrite reumatoide após controle de parâmetros patológicos (BAI *et al*, 2009). Os presentes achados, os quais foram baseados em amostra populacional de comorbidades física desconhecida, e os resultados dos estudos supracitados indicaram que o relacionamento entre o funcionamento defensivo com a gravidade de múltiplos sintomas somáticos podem sustentar tanto sintomas corporais clinicamente “explicáveis” quanto “inexplicáveis”.

Também foi encontrado que a interação entre o temperamento *disfórico* com defesas de *deslocamento* contribui para a gravidade de sintomas somáticos, indicando que indivíduos com temperamento *disfórico* que lidam com adversidades adotando o *deslocamento* enquanto defesa predominante podem ser mais suscetíveis a desenvolver múltiplos sintomas somáticos perturbadores. Estes



achados fornecem evidências iniciais do papel da complexa interação entre temperamentos (i.e. tidos como substratos genéticos da personalidade) e defesas (i.e. fatores ambientais determinantes dos desfechos) na formação de múltiplos sintomas corporais ou psicopatologia. Estes achados destacam a importância de investigar de modo prospectivo a operação simultânea de fatores ambientais e genéticos na produção da psicopatologia ou formação de múltiplos sintomas corporais, estando de acordo com o modelo biopsicossocial de atenção à saúde. Neste contexto, no que se refere à interação entre temperamentos afetivos e sintomas somáticos, é interessante observar de tal modo que os presentes achados coadunam-se com as ponderações iniciais de Freud acerca da histeria (considerada, hoje, um transtorno de somatização do tipo conversivo) nas quais este afirma que “histeria é uma anomalia do sistema nervoso que se fundamenta na distribuição diferente das excitações, provavelmente acompanhada de excesso de estímulos no órgão da mente” (FREUD, 1996), pois, de modo categórico, o temperamento disfórico, significativamente associado com sintomas somáticos avaliados pela escala de somatização da SCL-90, caracteriza-se por um misto de sensações e afetos, tais como irritação, tensão, agitação e ansiedade.

Também foi examinado se o temperamento disfórico e defesas de somatização e deslocamento estavam diferentemente associadas com diferentes tipos de queixas físicas. Queixas somáticas específicas tem sido associadas a neuroticismo ou afeto negativo e estudos têm mostrado uma única associação com sintomas do tipo tensão (dores de cabeça, dores no pescoço ou hipertensão) ou fadiga, náusea e azia (VAN DIEST *et al*, 2005; JOHNSON, 2003), no entanto, outros encontraram que neuroticismo está associado com todos sintomas somáticos comuns avaliados (ROSMALLEN *et al*, 2007). Os presentes achados mostram que o temperamento *disfórico* foi mais intimamente associado com sintomas indicando um tendência a se sentir tenso e ansioso (desmaio ou tontura, braços ou pernas pesados) (RAPEE *et al*, 1992), especialmente quando está combinado com defesa de *deslocamento* (onde dores de cabeça e sensação de calor ou frio foram adicionadas). Por definição, *deslocamento* está intimamente associado a processos conversivos (BRENNER, 1981). De modo interessante, *deslocamento* sozinho foi associado com dores na coluna, dormência ou formigamento em partes do corpo e sentir fraqueza em partes do corpo, mas não com sintomas assemelhando-se a problemas em órgãos específicos fora do sistema nervoso tais como dores no peito

ou coração, náusea ou estômago embrulhado ou dificuldades de respirar. Visto que os processos conversivos são basicamente associados a alterações motoras ou sensoriais sugestivas de disfunção neurológica (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1994), os achados corroboram a associação destes com a defesa *deslocamento*. Quaisquer sintomas específicos encontrados aqui associados com *deslocamento* representam formas brandas de conversão que precisam ser melhor compreendidos. Entretanto, os resultados aqui presentes fornecem evidências empíricas iniciais do relacionamento entre *deslocamento* e gravidade de sintomas somáticos, consistente com a literatura psicanalítica. Além disto, o achado de que a defesa de *somatização* está correlacionada com quase todos os sintomas somáticos apresentados na escala de somatização do SCL-90, ligam diretamente estes sintomas corporais com sofrimento psicológico, dando suporte para a hipótese psicossomática que liga as dimensões de personalidade com a formação de sintomas somáticos, contribuindo para a compreensão desta intrigante patologia.

#### **7.4 Aplicações clínicas do presente estudo**

Tais achados podem ter implicações clínicas relevantes. Akiskal e colegas (2005a) defendem que temperamentos afetivos precisam ser levados em consideração quando na elaboração de um plano terapêutico efetivo para pacientes com transtornos do humor. Neste estudo, os resultados potencialmente ampliam tais aplicações para pessoas com sintomas depressivos e somáticos. A avaliação dos temperamentos afetivos permite uma abordagem individualizada para o paciente *per se* e não um algoritmo de tratamento “fragmentado”.

Os presentes achados sugerem que intervenções psicológicas focando defesas *imaturas* podem ser mais efetivas para a prevenção da depressão em indivíduos com temperamentos mais vulneráveis (p.ex., temperamento depressivo) do que para indivíduos com temperamentos mais “resilientes” (p.ex., temperamento eutímico), enquanto que intervenções psicológicas focadas em defesas *neuróticas* podem ser mais efetivas para aliviar múltiplos sintomas somáticos em indivíduos com temperamentos mais vulneráveis (p.ex., temperamento *disfórico*). Além do que, estudos têm mostrado que psicoterapias psicanaliticamente embasadas são viáveis e efetivas naqueles pacientes com síndrome do intestino irritável que não

respondem a tratamento médico padrão (GUTHRIE *et al.*, 1991; HYPHANTIS *et al.*, 2009) e uma mudança no funcionamento defensivo em psicoterapia está associada melhora no desfecho a longo prazo, sugerindo que defesas podem ser consideradas candidatas para mediar melhoras nos sintomas e no funcionamento do sujeito (PERRY; BOND, 2012). Sendo assim, o desenvolvimento de uma psicoterapia integrada pode ser mais bem fundamentada e organizada pela pesquisa em psicopatologia teoricamente integrativa (AKISKAL *et al.*, 2005a), pois, segundo relatos de pesquisas em psicoterapia, em terapia cognitiva, a inclusão de técnicas psicodinâmicas aumenta sua eficácia (JONES; PULOS, 1993; HAYES *et al.*, 1996). Desse modo, na clínica psicoterápica, a avaliação do temperamento afetivo dominante pode ser levada em consideração quando há incorporação de técnicas psicodinâmicas tendo como foco os estilos de defesa para melhoria dos sintomas depressivos e múltiplos sintomas somáticos graves, aumentando sua eficácia.

### **7.5 Ponderações acerca do presente estudo**

Este estudo tem algumas limitações que precisam ser destacadas. Primeiramente, este é um estudo do tipo transversal que não permite estabelecermos inferências causais entre as variáveis investigadas. Em segundo, os dados coletados para este estudo foram obtidos de uma amostra por conveniência extraída da internet. Entretanto, os questionários utilizados neste estudo continham questões de validação que possibilitam a extração de dados confiáveis de todo o território nacional (ver LARA *et al.*, 2012b, para maior discussão). Em terceiro, não tivemos informação em que medida os escores em sintomas somáticos se devem a saúde objetivamente debilitada. Entretanto, estudos têm demonstrado que sintomas com conhecida patologia biomédica subjacente podem não ser explicados completamente pela patologia (ROSMALLEN *et al.*, 2007). Por exemplo, os estudos mostram que a presença de doenças físicas não está fortemente associada com alta gravidade de sintomas somáticos (SCHAEFERT *et al.*, 2012; ZHU *et al.*, 2012) e que o impacto da angina em pacientes com doenças cardíacas é melhor predita pela gravidade da depressão do que por achados em testes ecocardiográficos (RUO *et al.*, 2003). Em quarto, nos baseamos unicamente em questionários padronizados de auto relato, enquanto que entrevistas, em geral, são instrumentos mais seguros para

se avaliar sintomas depressivos e somáticos quando realizadas por profissionais capacitados. Em quinto, apesar de controlarmos a influência de possíveis variáveis de confusão como gênero, estado civil e escolaridade, outras variáveis intervenientes não foram mensuradas no presente estudo, tais como exposição a experiências traumáticas na infância (BLEICH *et al.*, 2003; CREED *et al.*, 2012; SALGUERO *et al.*, 2011), problemas recentes no trabalho e relacionamentos sociais disfuncionais com parentes e amigos (JORM *et al.*, 2005), que podem influenciar nossos resultados. Por outro lado, as virtudes do nosso estudo incluem o recrutamento de uma ampla amostra e a inclusão de instrumentos confiáveis com uso disseminado na comunidade científica. Igualmente, a participação anônima pela internet facilita o fornecimento de informações desconcertantes e inconvenientes ao responder a estes instrumentos.

## 8 CONCLUSÕES

A presente pesquisa abre novas perspectivas para futuras pesquisas, demonstrando a importância de elucidar os papéis desempenhados pelos temperamentos afetivos (enquanto construto neural e genético) e estilos de defesa (enquanto construtos psíquicos e adquiridos) para o desenvolvimento dos sintomas depressivos e múltiplos sintomas somáticos graves.

O presente estudo mostrou que o temperamento afetivo e o estilo de defesa predominantes em cada indivíduo contribuem de modo interativo para a formação de sintomas depressivos e de múltiplos sintomas somáticos graves (nesse caso, independentemente de sintomatologia depressiva) em uma grande amostra extraída da internet. Assim, nossos resultados indicaram que os temperamentos afetivos usualmente relacionados a psicopatologias estão associados predominantemente a um estilo de defesa *imatur*, enquanto os participantes com tipos de temperamentos mais “resilientes” tendem a adotar um estilo de defesa predominantemente *maduro*.

Os temperamentos *hipertímico* e *eutímico* moderam o relacionamento entre estilos de defesa e sintomas depressivos, de modo que, apesar da utilização de estilos de defesa usualmente associados ao adoecimento psíquico (imaturos), a presença destes temperamentos pode proteger a saúde do indivíduo. Adicionalmente, a interação do temperamento *disfórico* com a defesa de *deslocamento* contribui significativamente para a apresentação de múltiplos sintomas corporais. Sendo assim, a presente investigação avança e contribui para a formulação de uma abordagem integrada para a compreensão da formação de sintomas depressivos e múltiplos incômodos sintomas somáticos com implicações terapêuticas.

Neste sentido, a investigação da interação dos possíveis fatores contribuintes, especialmente, temperamentos afetivos e estilos de defesa, para o surgimento de patologias físicas e psíquicas diversas pode aumentar a compreensão e eficácia clínica e estimular a integração de ação entre os profissionais de Saúde. Este mesmo método de investigação também pode ser utilizado para a compreensão dos fatores que contribuem para a satisfação pessoal com a vida e alto desempenho

profissional, ampliando o foco do profissional de Saúde para a promoção de qualidade de vida, extrapolando as práticas de prevenção e tratamento de doenças de maneira inovadora.

Por fim, nosso estudo corrobora com a mudança de paradigma surgida no final da década de 70 na abordagem ao paciente psiquiátrico, migrando do modelo biomédico de atenção à saúde para o modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977), que parece ainda não ter sido assimilada de modo satisfatório pela comunidade médica e científica. Neste sentido, demonstramos a pertinência de se avaliar cada paciente de uma ampla perspectiva, considerando dinamicamente a influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais e, até, espirituais na compreensão do sofrimento individual (CAPRA, 1982; SULMASY, 2002) e, ainda, a importância de se conjugar, com base em pesquisa clínica integrativa, técnicas, conceitos e métodos de diferentes escolas e abordagens em Psicologia, Psiquiatria e Neurociências em prol da maior eficácia no atendimento clínico.

## REFERÊNCIAS

- AKISKAL, K. K.; AKISKAL, H. S. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. **J Affect Disord**, v. 85, n. 1-2, p. 231–39, Mar. 2005c.
- AKISKAL, H. S.; AKISKAL, K.; ALLILAIRE, J. F.; AZORIN, J. M.; BOURGEOIS, M. L.; SECHTER, D.; FRAUD, J. P.; CHATENET-DUCHENE, L.; LANCRENON, S.; PERUGI, G.; HANTOUCHE, E. G. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. **J Affect Disord**, v. 85, n. 1-2, p. 29–36, Mar. 2005a.
- AKISKAL, H. S.; AKISKAL, K. K.; HAYKAL, R. F.; MANNING, J. S.; CONNOR, P. D. TEMPS- A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. **J Affect Disord**, v. 85, n. 1-2, p. 3–16, Mar. 2005b.
- AKISKAL, H. S.; PINTO, O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. **Psychiatr Clin North Am**, v. 22, n. 3, p. 517–34, Set. 1999.
- ALBUQUERQUE, S. C.; CARVALHO, E. R.; LOPES, R. S.; MARQUES, H. S.; MACÊDO, D. S.; PEREIRA, E. D.; HYPHANTIS, T. N.; CARVALHO, A. F. Ego defense mechanisms in COPD: impact on health-related quality of life and dyspnoea severity. **Qual Life Res**, v. 20, n. 9, p. 1401-10, Nov, 2011.
- ALLPORT, G. W.. **Pattern and Growth in Personality**. New York: Holt, 1961.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**. Wahington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION,. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. Wahington DC: American Psychiatric Press, 2013.
- ANDREWS, G.; SINGH, M.; BOND, M. The defense style questionnaire. **J Nerv Ment Dis**, v. 181, n. 4, p. 246–56, Abr. 1993.
- ANDRADE, M. P. M. **Tradução e adaptação do DSQ (Defense Style Questionnaire) para uso no Brasil**. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1996.
- ANDRADE, M. Versão brasileira do Defense Style Questionnaire (DSQ) de Michael Bond : problemas e soluções. **Revista de Psiquiatria do RS**, v. 28, n. 2, p. 144-60. 2006.
- ARTES, R. Aspectos estatísticos na análise fatorial de escalas de avaliação. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 25, n. 5, p. 223-28, Set/Out. 1998.

BAI, M.; TOMENSON, B.; CREED, F.; MANTIS, D.; TSIFETAKI, N.; VOULGARI, P. V.; DROSOS, A. A.; HYPHANTIS, T. N. The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. **Scand J Rheumatol**, v. 38, n. 6, p. 419-30, Nov/Dez. 2009.

BANICH, M. T.; MACKIEWICZ, K. L.; DEPUE, B. E.; WHITMER, A. J.; MILLER, G. A.; HELLER, W. Cognitive control mechanisms, emotion and memory: a neural perspective with implications for psychopathology. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 33, n. 5, p. 613-30, Mai. 2009.

BARSKY, A. J.; ORAV, E. J.; BATES, D. W.. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. **Arch Gen Psychiatry**. v. 62, n. 8, p. 903-10, Ago. 2005.

BATTAGLIA, M.; BERTELLA, S.; BAJO, S.; POLITI, E.; BELLODI, L. An investigation of the co-occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. **Psychosom Med**, v. 60, n. 6, p. 726-9, Nov/Dez, 2009.

BLAYA, C. **Tradução, adaptação e validação do *Defensive Style Questionnaire (DSQ-40)* para o português brasileiro**. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

BLAYA, C. DORNELLES, M., BLAYA, R., KIPPER, L., HELDT, E. ISOLAN, L., MANFRO, G.G., BOND, M., 2007. Brazilian-portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. **Psychotherapy Research**, 17(3), 261-72.

BLAYA, C.; KIPPER, L.; HELDT, E.; ISOLAN, L.; CEITLIN, L. H.; BOND, M.; MANFRO, G. G. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 26, n. 4, p. 255–258, Dez. 2004.

BLEICH, A.; GELKOPF, M.; SOLOMON, Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. **JAMA**, v. 290, n. 5, p. 612–20, Ago. 2003.

BOND, M. An empirical study of defense styles. In: Vaillant, G.E. (Ed.), **Ego Mechanisms of Defense: A Guide For Clinicians and Researchers**. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 139–140, 1992.

BOND, M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. **Harv Rev Psychiatry**. 12(5). 263-78, 2004.

BOND, M.; GARDNER, S.; CHRISTIAN, J.; SIGAL, J. Empirical study of self-rated defense styles. **Arch Gen Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 333-8, Mar. 1983.



BOND, M.; PERRY, J. C. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. **Am J Psychiatry**, v. 161, n. 9, p. 1665-71, Set. 2004.

BOND, M.; VAILLANT, J. S. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. **Arch Gen Psychiatr**, v. 43, n. 3, p. 285–8, Mar. 1986.

BRENNER, C. Defense and defense mechanisms. **Psychoanal Q**, v. 50, p. 557–69, 1981.

CALATI, R.; OASI, O.; DERONCHI, D.; SERRETTI, A. The use of the defense style questionnaire in major depressive and panic disorders: a comprehensive meta-analysis. **Psychol Psychother**, v. 83, Parte 1, p. 1–13, Mar. 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARISSIMI, A. **Examinando fatores causais de sintomas psicológicos através do SCL-90 R em pacientes com apneia do sono grave** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2011.

CARVALHO, A. F.; HYPHANTIS, T. N.; TAUNAY, T. C.; MACÊDO, D. S.; FLOROS, G. D.; OTTONI, G. L.; FOUNTOULAKIS, K. N.; LARA, D. R. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. **J Affect Disord**, v. 146, n. 1, p. 58-65, Mar. 2013.

CASSANO, G. B.; AKISKAL, H. S.; PERUGI, G.; MUSETTI, L.; SAVINO, M. The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. **J Psychiatr Res**, v. 26, n. 4, p. 257–268, Out. 1992.

CLONINGER, C. R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. **Psychiatr Dev**, v. 4, n.3, p. 167-226, 1986.

CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. **Arch Gen Psychiatry**, v. 50, n. 12, p. 975-90, Dez. 1993.

CONTE, H. R.; PLUTCHIK, R.; DRAGUNS J. G. The Measurement of Ego Defenses in Clinical Research. Em: Hentschel, U., Smith, G., Draguns, J.G. & Ehlers, W. **Defense Mechanisms**. Elsevier, 2004

CRAMER, P. **The development of defense mechanisms**: Theory, research and assessment: Empirical studies in psychoanalytic theories, vol 10. New York, NY: Springer, 1991.

CREED, F.H.; BARSKY, A. A systematic review of somatisation and hypochondriasis. **J Psychosom Res**, v. 56, n. 4, p. 391-408, Abr. 2004.

CREED, F. H.; BARSKY, A.; LEIKNES, K. A. Epidemiology: prevalence, causes and consequences. Em: Creed FH, Henningsen P, Fink P, editors. **Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services**. Cambridge University Press, Cambridge, 2011.

CREED, F. H.; DAVIES, I.; JACKSON, J.; LITTLEWOOD, A.; CHEW-GRAHAM, C.; TOMENSON, B.; MACFARLANE, G.; BARSKY, A.; KATON, W.; MCBETH, J. The epidemiology of multiple somatic symptoms. **J Psychosom Res**, v. 72, n. 4, p. 311-7, Abr. 2012.

CREED, F.; GUTHRIE, E.; FINK, P.; HENNINGSEN, P.; RIEF, W.; SHARPE, M.; WHITE, P. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? **J Psychosom Res**, v. 68, n. 1, p. 5-8, Jan. 2010.

DAVIDSON, R. J.; BEGLEY, S. **O Estilo Emocional do Cérebro**. Rio de Janeiro: Sextante, 2012.

DEROGATIS, L. R. **SCL-90-R**: Administration, scoring, and procedure manual, 3rd Minneapolis, MN: Ed. National Computer Systems, 1994.

DEROGATIS, L. R.; MELISARATOS, N. The brief symptom inventory: an introductory report. **Psychol Med**, v. 13, n. 3, p. 595–605, Ago. 1983.

DERRYBERRY, D.; TUCKER, D. M. Motivation, self-regulation, and selforganization. In: Cicchetti, D., Cohen, D.J. (Eds.), **Developmental Psychopathology: Developmental Neuroscience**, 2. Hoboken, NJ: Wiley, p. 502–32, 2006.

DIMSDALE, J.; CREED, F. DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV--a preliminary report. **J Psychosom Res**, v. 66, n. 6, p. 473-6, Jun. 2009.

DORNELLES, C. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** 4ª ed. rev. (DSM-IV-TR). São Paulo: Artes Médicas, 2002.

ENGEL, G. L. The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-36, Abr. 1977.

EYSENCK, H. J.; EYSENCK, S. B. G. **The Eysenck Personality Questionnaire-Revised**. Sevenoaks, UK: Hodder & Stoughton, 1992.

EYSENCK, H. J. Personality and experimental psychology: the unification of psychology and the possibility of a paradigm. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 73, n. 6, p. 1224–37, Dez. 1997.

FEDER, A.; NESTLER, E. J.; CHARNEY, D. S. Psychobiology and molecular genetics of resilience. **Nat Rev Neurosci**, v. 10, n. 6, p. 446–57, Jun. 2009.

FLECK, M. P.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Associação Médica Brasileira. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 25, n. 2, p. 114-22, 2003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **J Health Soc Behav**, v. 21, n. 3, p. 219-39, Set. 1980.

FOX, H. M. The Theory of the Conversion Process. **J Am Psychoanal Assoc**, v. 7, p. 173-81, 1959.

FREUD, A. **The Ego and the Mechanisms of Defense**. London, UK: Hogarth Press Ltd., 1986.

FREUD, S. **The neuro-psychoses of defence**. Standard Edition Volume III, p. 41-61, 1894.

\_\_\_\_\_. **Further remarks on the neuro-psychoses of defence**. Standard Edition Volume III, p. 157-85, 1896.

\_\_\_\_\_. Histeria. Vol. I. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. On the history of the psychoanalytical movement. In: Strachey, J. (Ed.), **The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud**. Hogarth Press, UK, p. 3–66, 1914.

GALVÃO, L.F. **Propriedades psicométricas do Defensive Style Questionnaire – 40 para população prisional**. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2007.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência Psicológica: Mente, Cérebro e Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GILLESPIE, N. A.; ZHU, G.; HEATH, A. C.; HICKIE, I. B.; MARTIN, N. G. The genetic aetiology of somatic distress. **Psychol Med**, v. 30, n. 5, p. 1051–61, Set. 2000.

GOGTAY, N.; GIEDD, J. N.; LUSK, L.; HAYASHI, K. M.; GREENSTEIN, D.; VAITUZIS, A. C.; NUGENT, T. F.; HERMAN, D. H.; CLASEN, L. S.; TOGA, A. W.; RAPOPORT, J. L.; THOMPSON, P. M. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. **Proc Natl Acad Sci USA**, v. 101, n. 21, p. 8174-9, 2004.

GONDA, X.; RIHMER, Z.; ZSOMBOK, T.; BAGDY, G.; AKISKAL, K. K.; AKISKAL, H. S. The 5HTTLPR polymorphism of the serotonin transporter gene is associated with affective temperaments as measured by TEMPS-A. **J Affect Disord**, v. 91, n. 2-3, p. 125–31, Abr. 2006.

GOUBERT, L.; CROMBEZ, G.; VAN DAMME, S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: A structural equations approach. **Pain**, v. 107, n. 3, p. 234-41, Fev. 2004.

GRAY, J. A. Brain systems that mediate both emotion and cognition. **Cogn Emot**, v. 4, n. 3, p. 269–88, 1990.

GUPTA, S. C.; SINHA, V. K.; PRAHARAJ, S. K.; GANDOTRA, S. Factor structure of manic symptoms in adolescents. **Ann Clin Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 243–9, Nov. 2011.

GUREJE, O.; SIMON, G. E. The natural history of somatization in primary care. **Psychol Med**, v. 29, n. 3, p. 669-76, Mai. 1999.

GUTHRIE, E.; CREED, F.; DAWSON, D.; TOMENSON, B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, v. 100, n. 2, p. 450–7, Fev. 1991.

GUZE, S. B.; CLONINGER, C. R.; MARTIN, R. L.; CLAYTON, P. J. A follow-up and family study of Briquets syndrome. **Br J Psychiatry**, v. 149, p. 17-23, Jul. 1986.

HAUSER, W.; SCHMUTZER, G.; BRAHLER, E.; GLAESMER, H. A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled “fibromyalgia syndrome” — evidence from a representative German population survey. **J Rheumatol**, v. 36, n. 12, p. 2806–12, Dez. 2009.

HAYES, A. M.; CASTONGUAY, L. G.; GOLDFRIED, M. R. Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. **J Consult Clin Psychol** v. 64, n. 3, 623–7, Jun. 1996.

HOTOPF, M.; CHIDGEY, J.; ADDINGTON-HALL, J.; LY, K. L. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. **Palliat Med**, v. 16, n. 2, p. 81-97, 2002.

HOTOPF, M.; MAYOU, R.; WADSWORTH, M.; WESSELY, S. Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: results from a national birth cohort study. **Am J Psychiatry**, v. 156, n. 11, p. 1796-800, Nov. 1999.

HYPHANTIS, T.; GUTHRIE, E.; TOMENSON, B.; CREED, F. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. **Pain**, v. 145, n. 1-2, p. 196-203, 2009.

JAREMKA, L. M.; LINDGREN, M. E.; KIECOLT-GLASER, J. K. Synergistic relationships among stress, depression, and troubled relationships: insights from psychoneuroimmunology. **Depress Anxiety**, v. 30, n. 4, p. 288-96, Abr. 2013.

JOHNSON, M. The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? **Pers Individ Diff**, v. 35, n. 4, p. 877–87, Set. 2003.

JONES, E. E.; PULOS, S. M. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. **J Consult Clin Psychol**, v. 61, n. 2, p. 306–16, Abr. 1993.

JORM, A. F.; WINDSOR, T. D.; DEAR, K. B.; ANSTEY, K. J.; CHRISTENSEN, H.; RODGERS, B. Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial risk factors that vary with age. **Psychol Med**, v. 35, n. 9, p. 1253–63, Set. 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KARAM, E. G.; SALAMOUN, M. M.; YERETZIAN, J. S.; MNEIMNEH, Z. N.; KARAM, A. N.; FAYYAD, J.; HANTOUCHE, E.; AKISKAL, K.; AKISKAL, H. S. The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study. **World Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 103–10, Jun. 2010.

KARVONEN, J. T.; VEIJOLA, J.; KANTOJÄRVI, L.; MIETTUNEN, J.; EKELUND, J.; LICHTERMANN, D.; LÄKSY, K.; JOUKAMAA, M. Temperament profiles and somatization-an epidemiological study of young adult people. **J Psychosom Res**, v. 61, n. 6, p. 841-6, 2006.

KATO, K.; SULLIVAN, P. F.; EVENGARD, B.; PEDERSEN, N. L. A population-based twin study of functional somatic syndromes. **Psychol Med**, v. 39, n. 3, p. 497-505, 2009.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biol Psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 216-26, 2003.

KAWAMURA, Y.; AKIYAMA, T.; SHIMADA, T.; MINATO, T.; UMEKAGE, T.; NODA, Y.; UKAWA, K.; HASHIDUME, C.; SAKAI, Y.; OTOWA, T.; SASAKI, T.; AKISKAL, H. S. Six-year stability of affective temperaments as measured by TEMPS-A. **Psychopathology**, v. 43, n. 4, p. 240–7, 2010.

KENDLER, K. S.; AGGEN, S. H.; KNUDSEN, G. P.; ROYSAMB, E.; NEALE, M. C.; REICHBORN-KJENNERUD, T. The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV Axis I and all Axis II disorders. **Am J Psychiatry**, v. 168, n. 1, p. 29-39, Jan. 2011.

KIECOLT-GLASER, J. K.; GLASER, R. Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. **J Psychosom Res**, v. 53, n. 4, p. 873-6, 2002.

KIPPER, L. C. **Avaliação de mecanismos de defesa em pacientes com transtorno do pânico, sua relação com gravidade, resposta ao tratamento e alteração pós tratamento**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2003.

KÖRBER, S.; FRIESER, D.; STEINBRECHER, N.; HILLER, W. Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. **J Psychosom Res**, v. 71, n. 3, p. 142-7, Set. 2011.

KRAEMER, H. C.; FRANK, E.; KUPFER, D. J. Moderators of treatment outcomes: clinical, research, and policy importance. **JAMA**, v. 296, n. 10, p. 1286–9, Set. 2006.

KRAEMER, H. C.; WILSON, G. T.; FAIRBURN, C. G.; AGRAS, W. S. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. **Arch Gen Psychiatry**, v. 59, n. 10, p. 877–83, Out. 2002.

KRAEPELIN, E. **Manic-depressive Insanity and Paranoia** (Traduzido por M. Barclay). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, 1921.

KRAMER, U.; DE ROTEN, Y.; PERRY, J. C.; DESPLAND, J. N. Specificities of defense mechanisms in bipolar affective disorder: relations with symptoms and therapeutic alliance. **J Nerv Ment Dis**, v. 197, n. 9, p. 675-81, 2009.

KRETSCHMER, E. **Psychique und Character**. Londres, UK: Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd., 1936.

KROENKE, K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. **Int J Methods Psychiatr Res**, v. 12, n. 1, p. 34-43, 2003.

KROENKE, K.; SHARPE, M.; SYKES, R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. **Psychosomatics**, v. 48, n. 4, p. 277-85, Jul/Ago. 2007.

KWON, P.; LEMON, K. E. Attributional style and defense mechanisms: a synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. **J Clin Psychol**, v. 56, n. 6, p. 723–35, Jun. 2000.

LACERDA, A. L. T.; QUARANTINI, L. C.; MIRANDA-SCIPPA, A.; DEL PORTO, J. A. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto alegre: Artmed, 2009.

LADWIG, K. H.; MARTEN-MITTAG, B.; LACRUZ, M. E.; HENNINGSEN, P.; CREED, F.; MONICA KORA Investigators. Screening for multiple somatic complaints in a population-based survey: does excessive symptom reporting capture the concept of somatic symptom disorders? Findings from the MONICA-KORA Cohort Study. **J Psychosom Res**, v. 68, n. 5, p. 427-37, 2010.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LARA, D. R. **Temperamento e Humor: uma abordagem integrada da mente**. Porto Alegre: Código da Mente, 2012.

LARA, D. R.; AKISKAL, H. S. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment. **J Affect Disord**, v. 94, n. 1-3, p. 89–103, Ago. 2006.

LARA, D. R.; BISOL, L. W.; BRUNSTEIN, M. G.; REPPOLD, C. T.; DE CARVALHO, H. W.; OTTONI, G. L. The affective and emotional composite temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. **J Affect Disord**, v. 140, n. 1, p. 14–37, Set. 2012a.

LARA, D. R.; OTTONI, G. L.; BRUNSTEIN, M. G.; FROZI, J.; CARVALHO, H. W.; BISOL, L. W. Development and validity of the Brazilian internet study on temperament and psychopathology (BRAINSTEP). **J Affect Disord**, v. 141, n. 2-3, p. 390-8, Dez. 2012b.

LARA, D. R.; PINTO, O.; AKISKAL, K.; AKISKAL, H. S. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. **J Affect Disord**, v. 94, n. 1-3, p. 67–87, Ago. 2006.

LAZARY, J.; GONDA, X.; BENKO, A.; GACSER, M.; BAGDY, G. Association of depressive phenotype with affective family history is mediated by affective temperaments. **Psychiatry Res**, v. 168, n. 2, p. 145-52, Jul. 2009.

LECRUBIER, Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. **J Clin Psychiatry**, v. 68, Supl 2, p. 36-41, 2007.

LEIKNES, K. A.; FINSET, A.; MOUM, T.; SANDANGER, I. Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population. **J Psychosom Res**, v. 62, n. 2, p. 119–28, 2007.

LOWE, B.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B.; MUSSELL, M.; SCHELLBERG, D.; KROENKE, K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 191-9, Mai/Jun. 2008.

MAIER, S. F.; WATKINS, L.R. Role of the medial prefrontal cortex in coping and resilience. **Brain Res**, v. 1355, p. 52–60, Out. 2010.

MCCRAE, R. R.; COSTA, P. T. JR. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. **J Pers Social Psychol**, v. 52, n. 1, p. 81–90, Jan. 1987.

MEYERSON, P.; TRYON, W. W., Validating Internet research: A test of the psychometric equivalence of Internet and in-person samples. **Behav Res Methods Instrum Comput**, v. 35, n. 4, p. 614-20, Nov. 2003.

MILES, J.; SHEVLIN, M. Issues in regression analysis. In: Miles J, Shevlin M, editors. **Applying regression and correlation**. London: Sage, p. 126-132, 2003.

MONROE, S. M.; SIMONS, A. D. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. **Psychol Bull**, v. 110, n. 3, p. 406–25, Nov. 1991.

MONSEN, K., HAVIK, O.E. Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. **Br J Med Psychol**, v. 74, Parte 2, p. 183-95, Jun. 2001.

MULDER, R. T.; JOYCE, P. R.; SELLMAN, J. D.; SULLIVAN, P. F.; CLONINGER, C.R. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. **Acta Psychiatr Scand**, v. 93, n. 2, p. 99–104, Fev. 1996.

MULLEN, L. S.; BLANCO, C.; VAUGHAN, S. C.; VAUGHAN, R.; ROOSE, S. P. Defense mechanisms and personality in depression. **Depress anxiety**, v. 10, n. 4, p. 168-74, 1999.

NEELEMAN, J.; BIJL, R.; ORMEL, J. Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: path analysis of prospective data. **Psychol Med**, v. 34, n. 3, p. 521–31, Abr. 2004.

OFFER, R.; LAVIE, R.; GOTHELF, D.; APTER, A. Defense Mechanisms, Negative Emotions and Psychopathology in Adolescents Inpatients. **Compr Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 35-41, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**, 2008.

OTTONI, G. L.; LORENZI, T. M.; REPPOLD, C.; LARA, D. R. Validation of the combined emotional and affective temperament scale in a large sample with high prevalence of psychiatric disorders. **Psychopathology**, v. 43, n. 6, p. 381-8, 2010.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev psiquiatr clín**, v. 34, p. 126-135. Suplemento, 2007.

PACCHIAROTTI, L.; NIVOLI, A. M.; MAZZARINI, L.; KOTZALIDIS, G. D.; SANI, G.; KOUKOPOULOS, A.; SCOTT, J.; STREJILEVICH, S.; SÁNCHEZ-MORENO, J.; MURRU, A.; VALENTÍ, M.; GIRARDI, P.; VIETA, E.; COLOM, F. The symptom structure of bipolar acute episodes: in search for the mixing link. **J Affect Disord**, v. 149, n. 1-3, p. 56-66, Jul. 2013.

PASQUALI, L. (org.) **Técnicas de Exame Psicológico – TEP: Manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia, 2001.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação**. Petrópole: Vozes, 2003.



PERRY, J. C., **The Defense Mechanism Rating Scales manual** (5 ed). Cambridge, MA, 1990.

PERRY, J. C.; BOND, M. Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 9, p. 916-25, 2012.

PERRY, J. C.; COOPER, S. H. A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. **J Am Psychoanal Assoc**, v. 34, n. 4, p. 865-95, 1989.

PERRY, J. C.; HOGLEND, P.; SHEAR, K.; VAILLANT, G. E.; HOROWITZ, M.; KARDOS, M. E.; BILLE, H.; KAGAN, D. Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. **J Pers Disord**, v. 12, n. 1, p. 56–68, 1998.

PICKERING, A. D.; GRAY, J. A. The neuroscience of personality. In: Pervin, L.A., John, O.P. (Eds.), **Handbook of personality: theory and research**, 2nd ed. Guilford Press, New York, pp. 277–299, 1999.

PRATT, L. A.; FORD, D. E.; CRUM, R. M.; ARMENIAN, H. K.; GALLO, J. J.; EATON, W. W. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. **Circulation**, v. 94, n.12, p. 3123-9, 1999.

RANGELL, L. The nature of conversion. **J Am Psychoanal Assoc**, v. 7, n. 4, p. 632-62, Oct. 1959.

RAPEE, R. M.; SANDERSON, W. C.; MCCAULEY, P. A.; DI NARDO, P. A. Differences in reported symptom profile between panic disorder and other DSM-III-R anxiety disorders. **Behav Res Ther**, v. 30, n. 1, p. 45-52, 1992.

RIHMER, Z.; AKISKAL, K. K.; RIHMER, A.; AKISKAL, H. S. Current research on affective temperaments. **Curr Opin Psychiatr**, v. 23, n. 1, p. 12–18, Jan. 2010.

RODIN, G. M., Somatization: a perspective from self-psychology. **J Am Acad Psychoanal**, v. 19, n. 3, p. 367-384, 1991.

ROSMALEN, J. G.; NEELEMAN, J.; GANS, R. O.; DE JONGE, P. The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. **J Psychosom Res**, v. 62, n. 3, p. 305-311, 2007.

ROTHBART, M. K.; AHADI, S. A.; EVANS, D. E. Temperament and personality: origins and outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 78, n. 1, p. 122–135, 2000.

RUO, B.; RUMSFELD, J. S.; HLATKY, M. A.; LIU, H. Y.; BROWNER, W. S.; WHOOLEY, M. A., Depressive symptoms and health-related quality of life: The heart and soul study. **JAMA**, v. 290, n. 2, p. 215–21, Jul. 2003.

RUSSO, J.; KATON, W.; SULLIVAN, M.; CLARK, M.; BUCKWALD, D. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. **Psychosomatics**, v. 35, n. 6, p. 546-56, Nov/Dez. 1994.

SALGUERO, J. M.; CANO-VINDEL, A.; IRUARRIZAGA, I.; FERNANDEZ-BERROCAL, P.; GALEA, S. Trajectory and predictors of depression in a 12-month prospective study after the Madrid March 11 terrorist attacks. **J Psychiatr Res**, v. 45, n. 10, p. 1395–403, Out. 2011.

SALMON, P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. **Patient Educ Couns**, v. 67, n. 3, p. 246-54, Ago. 2007.

SARTORIOUS, N., JABLENSKY, A., REGIER, D. A. **Sources and Traditions of Classification in Psychiatry**. Hogrefe and Huber, Toronto, Canada, 1990.

SCHAEFERT, R.; HÖNER, C.; SALM, F.; WIRSCHING, M.; LEONHART, R.; YANG, J.; WEI, J.; LU, W.; LARISCH, A.; FRITZSCHE, K. Psychological and behavioral variables associated with the somatic symptom severity of general hospital outpatients in China. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 297-303, Mai/Jun, 2013.

SCOARIS, R. C. O.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; SANTIN FILHO, O. Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de atitudes frente ao uso de história da ciência. **Revista eletrônica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 8, n. 3, p. 901-22, 2009.

SHARPE, M.; MAYOU, R.; WALKER, J. Bodily symptoms: new approaches to classification. **J Psychosom Res**. v. 60, n. 4, p. 353-356, 2006.

SKODOL, A. E.; PERRY, J. C., Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? **Compr Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 108-119, 1993.

SOLDZ, S.; VAILLANT, G. E. A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis. **J Nerv Ment Dis**, v. 186, n. 2, p. 104-111, Fev. 1998.

SULMASY, D. O. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. **The Gerontologist**, v. 42, n. 3 (especial), p. 24-33, 2002.

TANAKA, Y.; KANAZAWA, M.; FUKUDO, S.; DROSSMAN, D. A. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. **J Neurogastroenterol Motil**, v. 17, n. 2, p. 131-139, Abr. 2011.

TERLUIN, B.; BROUWERS, E. P.; VAN MARWIJK, H. W.; VERHAAK, P.; VAN DER HORST, H. E. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **BMC Fam Pract**, v. 10, p. 58, Ago. 2009.

VAILLANT, G. E. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. **Arch Gen Psychiatry**, v. 24, n. 2, p. 107–118, Fev.1971.

\_\_\_\_\_. **Adaptation to Life**, Boston, MA: Little Brown, 1977.

\_\_\_\_\_. **Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.

VAN DIEST, I.; DE PEUTER, S.; EERTMANS, A.; BOGAERTS, K.; VICTOIR, A.; VAN DEN BERGH, O. Negative affectivity and enhanced symptom reports: differentiating between symptoms in men and women. **Soc Sci Med**, v. 61, n. 8, p. 1835-1845, Out. 2005.

VAZQUEZ, G.H.; KAHN, C.; SCHIAVO, C.E.; GOLDCHLUK, A.; HERBST, L.; PICCIONE, M.; SAIDMAN, N.; RUGGERI, H.; SILVA, A.; LEAL, J.; BONETTO, G.G.; ZARATIEGUI, R.; PADILLA, E.; VILAPRINO, J. J.; CALVO, M.; GUERRERO, G.; STREJILEVICH, S. A.; CETKOVICH-BAKMAS, M. G.; AKISKAL, K. K.; AKISKAL, H. S. Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the “endophenotype” and “subaffective” theses using the TEMPS-A Buenos Aires. **J Affect Disord**, v. 108, n. 1-2, p. 25–32, Mai. 2008.

WHITTY, M. T. Coping and defending: age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. **Aging Ment Health**, v. 7, n. 2, p. 123-32, Mar. 2003.

YUDOFISKY, S. C.; HALES, R. E. **Neuropsiquiatria e Neurociências na prática clínica**. Porto alegre: Artmed, 2006.

ZHU, C.; OU, L.; GENG, Q.; ZHANG, M.; YE, R.; CHEN, J.; JIANG, W. Association of somatic symptoms with depression and anxiety in clinical patients of general hospitals in Guangzhou China. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 113-120, Mar/Abr. 2012.

# **ANEXOS**

## ANEXO A - ESCALA DE TEMPERAMENTOS AFETIVOS E EMOCIONAIS COMPOSTOS (AFFECTS)

### 1. Seção Emocional

Marque a alternativa que mais corresponde ao seu jeito de ser e agir em geral (somente uma alternativa de 1 a 7 por linha). Não há respostas certas ou erradas, responda de acordo com o que você é em geral, e não como desejaria ser. Veja o exemplo para alguém que se sente “seguro”, mas não muito seguro:

Inseguro	1	2	3	4	5	<del>6</del>	7	Seguro
----------	---	---	---	---	---	--------------	---	--------

Pessimista	1	2	3	4	5	6	7	Otimista
É difícil eu sentir prazer	1	2	3	4	5	6	7	É fácil eu sentir prazer
Triste e desanimado	1	2	3	4	5	6	7	Alegre e animado
Minha autoestima é baixa	1	2	3	4	5	6	7	Minha autoestima é alta
Fico indiferente a novas atividades	1	2	3	4	5	6	7	Fico entusiasmado com novas atividades
Desmotivado e desinteressado	1	2	3	4	5	6	7	Motivado e interessado
Faltam-me objetivos e força de vontade	1	2	3	4	5	6	7	Tenho objetivos e força de vontade
Parado e sem energia	1	2	3	4	5	6	7	Ativo e energético
Tranquilo	1	2	3	4	5	6	7	Apressado e imediatista
Ponderado	1	2	3	4	5	6	7	Sou de extremos, do tipo 8 ou 80
Flexível	1	2	3	4	5	6	7	Teimoso
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	Impaciente
Calmo	1	2	3	4	5	6	7	Irritado
Pacífico	1	2	3	4	5	6	7	Agressivo
Controlado	1	2	3	4	5	6	7	Explosivo
Confio nas pessoas	1	2	3	4	5	6	7	Desconfiado
Ousado	1	2	3	4	5	6	7	Medroso
Desinibido e espontâneo	1	2	3	4	5	6	7	Inibido e contido
Despreocupado	1	2	3	4	5	6	7	Preocupado
Reajo rapidamente frente ao perigo	1	2	3	4	5	6	7	Fico paralisado frente ao perigo
Descuidado	1	2	3	4	5	6	7	Cauteloso
Impulsivo, ajo sem pensar	1	2	3	4	5	6	7	Penso antes de agir
Imprudente	1	2	3	4	5	6	7	Prudente
Gosto de correr riscos	1	2	3	4	5	6	7	Evito correr riscos

É raro eu me sentir culpado	1	2	3	4	5	6	7	Eu me culpo facilmente
Lido bem com a rejeição	1	2	3	4	5	6	7	Lido mal com a rejeição
Suporto bem críticas	1	2	3	4	5	6	7	Sou sensível a críticas
Difícilmente fico magoado	1	2	3	4	5	6	7	Eu fico magoado facilmente
Tenho facilidade em superar traumas	1	2	3	4	5	6	7	Tenho dificuldade em superar traumas
Resisto bem ao estresse	1	2	3	4	5	6	7	Sou sensível ao estresse
Lido bem com situações de pressão	1	2	3	4	5	6	7	Lido mal com situações de pressão
Tenho alta tolerância à frustração	1	2	3	4	5	6	7	Tenho baixa tolerância à frustração
Jogo a culpa dos meus erros nos outros	1	2	3	4	5	6	7	Assumo a culpa pelos meus erros
Tento me esquivar dos meus problemas	1	2	3	4	5	6	7	Enfrento meus problemas de frente
Espero que meus problemas se resolvam sozinhos	1	2	3	4	5	6	7	Procuro resolver meus problemas
Deixo meus problemas acumularem	1	2	3	4	5	6	7	Resolvo meus problemas assim que posso
Tenho dificuldade em resolver meus conflitos com pessoas	1	2	3	4	5	6	7	Tenho facilidade em resolver meus conflitos com pessoas
Tenho dificuldade em encontrar soluções	1	2	3	4	5	6	7	Tenho facilidade em encontrar soluções
Tendo a repetir meus erros	1	2	3	4	5	6	7	Aprendo com meus erros
Sofrer me tornou mais frágil	1	2	3	4	5	6	7	Sofrer me tornou mais forte
Desatento	1	2	3	4	5	6	7	Atento
Dispersivo	1	2	3	4	5	6	7	Focado
Planejo mal minhas atividades	1	2	3	4	5	6	7	Planejo bem minhas atividades
Não concluo as tarefas que eu começo	1	2	3	4	5	6	7	Concluo as tarefas, mesmo longas e difíceis
Desorganizado	1	2	3	4	5	6	7	Organizado
Indisciplinado	1	2	3	4	5	6	7	Disciplinado
Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável
Displicente	1	2	3	4	5	6	7	Perfeccionista

## 2. Seção Afetiva

Marque o quanto cada afirmação abaixo tem a ver com você:

- A) Tenho tendência à tristeza e à melancolia; vejo pouca graça nas coisas; tendo a me desvalorizar; não gosto muito de mudanças; prefiro ouvir a falar.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

B) Sou muito preocupado e cuidadoso; frequentemente me sinto inseguro e apreensivo; tenho medo de que coisas ruins aconteçam; tento evitar situações de risco; estou sempre alerta e vigilante.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

C) Tenho pouca iniciativa; com frequência me desligo do que os outros estão dizendo ou fazendo; muitas vezes não concluo o que comecei; tendo à passividade e sou um pouco lento.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

D) Meu humor é imprevisível e instável (altos e baixos), muda rapidamente ou de maneira desproporcional aos fatos; tenho fases de grande energia, entusiasmo e agilidade que se alternam com outras fases de lentidão, perda de interesse e desânimo.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

E) Tenho uma forte tendência a me sentir agitado, tenso, ansioso e irritado ao mesmo tempo.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

F) Sou dispersivo, inquieto, desligado e desorganizado; às vezes sou precipitado ou inconveniente e só me dou conta mais tarde; mudo de interesse rapidamente; tenho dificuldade em concluir tarefas e fazer o que deveria.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

G) Sou exigente, dedicado, perfeccionista, detalhista e rígido; preciso ter o controle das coisas; não lido bem com incertezas e erros.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

H) Meu humor é equilibrado e previsível, costuma mudar só quando há um motivo claro; tenho boa disposição e, em geral, me sinto bem comigo mesmo.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

I) Estou sempre de bom humor, sou muito confiante e me divirto facilmente; adoro novidades; faço várias coisas sem me cansar; vou atrás do que quero até conquistar; tenho forte tendência à liderança.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

J) Sou muito sincero, direto e determinado, mas também irritado, explosivo e desconfiado.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

K) Sou inquieto, ativo, espontâneo e distraído; muitas vezes ajo de maneira precipitada e inconsequente; é muito comum eu deixar para fazer as coisas na última hora; quando me irrita, logo fico bem de novo.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

L) Sou expansivo, rápido, falante e intenso; tenho muitas ideias e me distraio facilmente; sou imediatista, explosivo e impaciente; exponho-me a riscos por excesso de confiança ou empolgação; exagero no que me dá prazer; não gosto de rotina e de regras.

Nada a ver comigo	1	2	3	4	5	Tudo a ver comigo
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

1. Escolha a letra correspondente à descrição da questão anterior (Seção Afetiva) que mais se aproxima do seu perfil (somente uma alternativa). Releia as descrições de A a L que mais têm a ver com você antes de optar pela resposta.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Em que medida você tem problemas ou prejuízos pessoais em função do seu jeito de ser, do seu comportamento e do seu padrão de humor?

Nenhum problema	1	2	3	4	Muitos problemas
-----------------	---	---	---	---	------------------

3. Em que medida você tem vantagens ou benefícios pessoais em função do seu jeito de ser, do seu comportamento e do seu padrão de humor?

Nenhum problema	1	2	3	4	Muitos problemas
-----------------	---	---	---	---	------------------



**ANEXO B - DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE – DSQ-40**

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

<p><b>1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>6. As pessoas tendem a me tratar mal.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>13. Eu sou uma pessoa muito inibida.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>

<b>16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>18. Eu não tenho medo de nada.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente
<b>33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.</b>
Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

<p><b>34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>
<p><b>40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.</b></p> <p>Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente</p>

## ANEXO C - Lista de Checagem de Sintomas-Revisada (SCL-90R)

### INSTRUÇÕES

Esta é uma lista de queixas e problemas que às vezes as pessoas tem. Leia cuidadosamente cada uma delas e marque o quadradinho numerado que melhor descreve QUANTO DESCONFORTO ESTE PROBLEMA LHE TROXE NA ÚLTIMA SEMANA, ATÉ HOJE. Marque apenas um quadradinho para cada problema e não salte nenhum. Se mudar de idéia, apague bem o quadradinho errado.

O QUANTO VOCÊ TEM SOFRIDO POR:

Nº	PERGUNTA	Nada (0)	Um pouco (1)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Muitíssimo (4)
1	Dores de cabeça					
2	Nervosismo ou conflito interior					
3	Pensamentos desagradáveis, repetidos, que não deixam sua mente.					
4	Fraqueza ou tontura					
5	Perda de interesse ou prazer sexual					
6	Sentir-se criticado pelos outros					
7	Ideias de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos					
8	Sentir que os outros têm culpa pela maioria dos seus problemas					
9	Dificuldade em lembrar das coisas					
10	Preocupações com sujeira ou descuido.					
11	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado					
12	Dores no coração ou peito					
13	Sentir medo de espaços abertos ou de sair na rua					
14	Sentir-se com pouca energia ou mais lento					
15	Pensamentos de acabar com sua vida					
16	Ouvir vozes que outras pessoas não ouvem					
17	Tremores					
18	Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					

19	Pouco apetite					
20	Chorar facilmente					
21	Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto.					
22	Sentir-se como se estivesse sendo encurralado ou pego					
23	Assustar-se, de repente, sem razão					
24	Explosões de mau humor que você não pode controlar					
25	Sentir medo de sair de casa só					
26	Culpar-se pelas coisas					
27	Dores na coluna					
28	Sentir-se bloqueado para terminar as coisas					
29	Sentir-se sozinho					
30	Sentir-se na fossa					
31	Preocupar-se demais com as coisas					
32	Não sentir interesse em coisa alguma					
33	Sentir-se amedrontado					
34	Seus sentimentos serem facilmente feridos					
35	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos					
36	Sentir que os outros não entendem você ou são insensíveis					
37	Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você					
38	Ter de fazer as coisas bem devagar para assegurar-se que está certo					
39	Coração acelerado					
40	Náusea ou estômago embrulhado					
41	Sentir-se inferior aos outros					
42	Dolorimento em seus músculos					
43	Sentir que você está sendo observado ou comentado pelos outros					
44	Dificuldade para iniciar ou manter o sono					
45	Ter de conferir e reconferir o que você faz					

46	Dificuldade em tomar decisões					
47	Sentir medo de andar de ônibus					
48	Dificuldade de respirar					
49	Sensações de calor ou frio					
50	Ter de evitar coisas, lugares ou atividades que amedrontam você					
51	Sua mente está tendo "brancos"					
52	Dormência ou formigamento em partes de seu corpo					
53	Ter um nó na garganta					
54	Sentir-se sem esperança sobre o futuro					
55	Dificuldade em se concentrar					
56	Sentir fraqueza em partes de seu corpo					
57	Sentir-se tenso ou incapaz de desligar					
58	Braços e pernas pesadas					
59	Pensar em morte ou que vai morrer					
60	Comer demasiadamente					
61	Sentir-se mal se as pessoas estão observando ou falando sobre você					
62	Pensar que não é você próprio					
63	Ter desejo intenso de bater, machucar ou ferir alguém					
64	Acordar cedo demais pela manhã e não conseguir mais dormir					
65	Ter que repetir várias vezes ações como contar, lavar, tocar					
66	Sono que é agitado, inquieto ou perturbado					
67	Ter desejo intenso de quebrar ou esmagar coisas					
68	Ter ideias ou crenças que os outros não compartilham					
69	Sentir-se muito preocupado com o que os outros pensam de você					
70	Sentir-se mal em multidões, tais como shoppings ou cinemas					
71	Sentir que tudo é um esforço					
72	Ataques de terror ou pânico					
73	Sentir-se desconfortável em comer ou					

	beber em público					
74	Envolver-se em frequentes discussões					
75	Sentir-se nervoso quando está sozinho					
76	Não darem valor para suas realizações					
77	Sentir-se só, mesmo quando está acompanhado					
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue ficar sentado quieto					
79	Sentir-se sem valor					
80	Sentir que algo ruim está para acontecer com você					
81	Gritar ou jogar coisas					
82	Sentir medo de desmaiar em público					
83	Sentir que as pessoas tirarão vantagem de você se você deixar					
84	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito					
85	Ideias de que você deveria ser punido por seus pecados					
86	Pensamentos e imagens assustadores					
87	Ideias de que está com uma doença séria em seu corpo					
88	Nunca sentir-se íntimo de outra pessoa					
89	Sentimentos de culpa					
90	Ideias de que há algo errado com sua mente					