



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

**AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE TRAUMA E DA QUALIDADE DO  
APEGO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO**

**ANA CAROLINA GASPAR SEGANFREDO**

**Porto Alegre, julho de 2008**

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

**AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE TRAUMA E DA QUALIDADE DO  
APEGO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

**ANA CAROLINA GASPAS SEGANFREDO**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gisele Gus Manfro**

**Porto Alegre, julho de 2008**

## **AGRADECIMENTOS**

À Gisele, por ter me acolhido em seu grupo e orientado nas diversas etapas do trabalho, oportunizando meu crescimento profissional e pessoal.

À nossa equipe de pesquisa: Cláudia Wachleski, Letícia Kipper, Elizeth Heldt, Mariana Torres, Jandira Acosta, Graziela Smaniotto Rodrigues, Leonardo Gonçalves, Andréa Tochetto, Luciano Isolan, Jair Segal e Ana Paula Salgado, por todo carinho, aprendizado e agradáveis momentos.

Ao Giovanni Salum e à Carolina Blaya, meus agradecimentos pela disponibilidade e empenho em colaborar nesta jornada.

Aos meus pais, pelo amor, pelo carinho, pelo exemplo de vida, pela proteção, estando sempre ao meu lado, incentivando-me a enfrentar meus desafios e ir em busca de meus sonhos.

Aos meus irmãos Mariana e Guilherme, pelo amor, companheirismo, cumplicidade, que nos torna verdadeiros amigos em todos os momentos.

À minha amiga Lísia Von Diemen, pelo carinho, pelo apoio, compartilhado em todos os momentos de minha vida.

Aos pacientes, pela disponibilidade em contribuir para o avanço da pesquisa científica.

À indústria farmacêutica (Libbs), por fornecer tratamento medicamentoso aos pacientes.

Ao CNPQ e ao FIFE, que auxiliaram de forma efetiva a concretização deste projeto.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AGFI	<i>Adjusted Goodness-of-fit Index</i>
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AUC	<i>Area Under the Curve</i>
CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CID	Classificação Internacional das Doenças
CSA	<i>Childhood sexual abuse</i>
CT	<i>Childhood Trauma</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EA	<i>Emotional Abuse</i>
EN	<i>Emotional Neglect</i>
FA	<i>Father Authoritarianism</i>
FOP	<i>Father Overprotectiveness</i>
FW	<i>Father Warmth</i>
GABA	Ácido- $\gamma$ -aminobutírico
GFI	<i>Goodness-of-fit Index</i>
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós Graduação em Psiquiatria
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IMAO	Inibidor da Monoaminoxidase
IRSN	Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
MA	<i>Mother Authoritarianism</i>
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MOP	<i>Mother Overprotectiveness</i>
MW	<i>Mother Warmth</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	<i>Physical Abuse</i>
PBI	<i>Parental Bonding Instrument</i>
PCA	<i>Principal Components Analysis</i>

PD	<i>Panic Disorder</i>
PN	<i>Physical Neglect</i>
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
QUESI	Questionário sobre Traumas na Infância
SA	<i>Sexual Abuse</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TP	Transtorno do Pânico

## RESUMO

A presença de trauma e a qualidade do apego têm sido freqüentemente estudadas nos transtornos de ansiedade, em especial no Transtorno de Pânico (TP). Diversos estudos têm utilizado instrumentos para avaliar esses dois fatores de forma mais específica. A mensuração da qualidade do apego, descrevendo o tipo de parentagem, pode ser realizada através do *Parental Bonding Instrument* (PBI) e as características das situações traumáticas podem ser medidas através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Ambos os instrumentos possuem boa confiabilidade interna. Diversos estudos têm sugerido que pacientes com TP apresentam pais mais superprotetores e pouco afetivos, e que estes mesmos apresentam maior número de situações traumáticas na infância e na adolescência.

Na primeira etapa deste estudo participaram 123 pacientes com TP e 123 controles sem transtornos psiquiátricos em Eixo I. Os dois grupos foram avaliados através do M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0 – DSM IV*): uma entrevista estruturada que avalia de modo padronizado os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I, de acordo com os critérios do DSM-IV. Para a avaliação do apego foi utilizado o PBI que divide o tipo de parentagem em dois aspectos: afeto e superproteção. Para a avaliação do trauma foi utilizado o CTQ que divide as situações traumáticas em 5 itens: abuso emocional, abuso físico e abuso sexual, negligência emocional e negligência física. O objetivo desta avaliação seria o de observar as diferenças existentes entre pacientes e controles em relação ao tipo de parentagem e trauma. Os pacientes apresentaram pais mais superprotetores em comparação ao grupo controle. Além disso, pode-se constatar que mulheres com TP apresentaram pais mais superprotetores, ao passo que homens com TP apresentaram mães mais superprotetoras. Em relação ao trauma, foi encontrada maior freqüência de abuso emocional entre os pacientes com TP comparados ao grupo controle.

Em uma segunda etapa deste estudo, participaram 87 mulheres com TP pareadas por idade e nível socioeconômico com um grupo controle de 87

mulheres sem patologias psiquiátricas. Os grupos foram avaliados da mesma forma que na etapa anterior, utilizando-se o M.I.N.I., o PBI e o CTQ. Neste estudo de interação entre apego e trauma no TP pôde ser observado que em mulheres traumatizadas que apresentaram mães superprotetoras não se observou uma associação com TP na vida adulta, enquanto que em mulheres não traumatizadas, na presença de mães superprotetoras, observou-se uma maior chance de TP na vida adulta.

Este estudo sugeriu que a presença de trauma e de um padrão de apego superprotetor está associada ao TP, com diferenças entre os gêneros. Por outro lado, também estas duas variáveis (trauma e apego) interagem, podendo modificar esta associação com TP na vida adulta. Portanto, estes fatores devem ser considerados durante o processo de avaliação e diagnóstico dos pacientes assim como durante o planejamento terapêutico.

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1:	Factor Loadings for the rotated factors for father and mother version of the PBI in the whole sample .....	50
Tabela 2:	Odds ratio between PBI and CTQ scales .....	51
Tabela 3:	Univariate analysis comparing PBI and CTQ scales between cases and controls stratified by sex .....	52



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	iv
<b>RESUMO</b> .....	vi
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	viii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 TRANSTORNO DO PÂNICO .....	1
1.2 ASPECTOS ETIOLÓGICOS .....	4
1.2.1 Hipóteses psicodinâmicas .....	5
<b>2 APEGO</b> .....	8
2.1 APEGO E TRANSTORNO DO PÂNICO .....	11
2.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APEGO – <i>PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)</i> .....	13
<b>3 TRAUMA</b> .....	17
3.1 TRAUMA E TRANSTORNO DO PÂNICO .....	19
3.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRAUMA – <i>CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ)</i> .....	21
<b>4 HIPÓTESES</b> .....	24
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	25
5.1 GERAL .....	25
5.2 ESPECÍFICOS .....	25
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	26
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27
<b>8 ARTIGOS</b> .....	33
8.1 ARTIGO 1 .....	33
8.2 ARTIGO 2 .....	56
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>10 ANEXOS</b> .....	75

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TRANSTORNO DO PÂNICO

O Transtorno do Pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico espontâneos e recorrentes seguidos, no período mínimo de um mês, pela preocupação constante em ter um novo ataque (ansiedade antecipatória) e pela significativa alteração no comportamento em função dos ataques. Este transtorno é freqüentemente complicado pela evitação fóbica de locais ou de situações em que previamente ocorreu um ataque de pânico e de onde é difícil escapar ou obter ajuda caso aconteça um novo ataque [1].

O TP, como uma entidade nosológica individual, foi classificado em 1980, a partir do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental), e foi definido como “o início súbito de uma intensa preocupação, medo ou terror, freqüentemente relacionado com sentimentos de catástrofe iminente”, acompanhados de sintomas físicos e afetivos. Estes critérios foram mantidos no DSM III-R de 1987 [2]. O reconhecimento pelo DSM IV de que o ataque de pânico pode ocorrer também fora do TP foi uma evolução importante em relação ao diagnóstico [3].

De acordo com o DSM IV-TR (APA, 2002), o paciente com TP apresenta ataques de pânico freqüentes e graves, associados ao desenvolvimento de ansiedade antecipatória, levando a um comportamento fóbico e evitativo. Quando esse comportamento se intensifica, o paciente torna-se agorafóbico. A agorafobia, por sua vez, caracteriza-se pelo medo que o paciente experimenta quando está em locais ou situações das quais seja difícil sair ou obter auxílio no caso de acontecer um ataque de pânico. Como consequência, há restrições quanto a viagens, a lugares públicos, a multidões, gerando o surgimento da necessidade de companhia para sair de casa [4].

Entretanto, segundo a classificação diagnóstica descrita no CID 10 (Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição), quando o ataque de

pânico ocorre apenas na presença de uma situação fóbica estabelecida, ele é considerado como uma expressão da gravidade desta fobia, à qual deve ser dada a precedência diagnóstica. Desta forma, também a agorafobia aparece como diagnóstico principal e o TP como um agravante da mesma. Portanto, o TP deve ser o diagnóstico principal somente na ausência de fobia [5].

Estudos epidemiológicos relatam que o TP tem, ao longo da vida, uma prevalência entre 1,5 a 3,5%, sendo predominantemente duas a três vezes mais comum nas mulheres do que nos homens. Este transtorno pode ser considerado um problema de saúde pública em função da intensa utilização dos serviços hospitalares, da perda de produtividade do indivíduo e da diminuição de sua qualidade de vida [3]. Inicia-se com mais frequência no adulto jovem ou entre a terceira e a quarta década de vida, mas pode se desenvolver em qualquer idade [6].

As pesquisas também têm demonstrado que o TP, em geral, tem um curso crônico [7-9]. Alguns estudos naturalísticos de seguimento evidenciaram que, após o período de 6 a 10 anos de tratamento, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, de 40 a 50% estão melhores, mas ainda sintomáticos, e de 20 a 30% estão igualmente sintomáticos ou piores. Outros estudos de seguimento mostraram que o TP pode apresentar um curso crônico em até 88% dos pacientes [1, 10-13].

Dentre os fatores que contribuem para a cronicidade dos sintomas, destacam-se: comorbidades com outros transtornos de ansiedade, comorbidade com depressão, transtornos de personalidade e fatores psicodinâmicos, presença de transtornos de ansiedade na infância e abuso de substâncias, dentre outros [13-18].

O tratamento do TP pode ser tanto medicamentoso como psicoterápico. Quanto ao primeiro, inúmeros medicamentos têm uma eficácia comprovada, como, por exemplo, o inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), os tricíclicos, o inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) e, também, os benzodiazepínicos. Em uma meta-análise, Bakker et al. (2002) observaram uma eficácia semelhante no tratamento do TP utilizando-se ISRS ou

antidepressivo tricíclico e a escolha do medicamento ficaria na dependência de seus efeitos adversos [19] [20]. Além do uso destas medicações, Geraciotti (1995) mostrou a eficácia do uso de um IRSN no tratamento do TP [21]. Em outro estudo, a venlafaxina foi utilizada como tratamento monoterápico, apresentando bons resultados [22]. Diversos estudos mostram uma eficácia semelhante dos antidepressivos no tratamento do TP [23, 24]. Entretanto, os ISRS em monoterapia ou em combinação com benzodiazepínicos são considerados o tratamento de primeira escolha pela maioria das pesquisas recentes na área do TP [24-29]. Em pesquisa, Goddard (2001) observou que a associação dos benzodiazepínicos (clonazepam) aos ISRS (sertralina) foi importante na primeira semana, pois auxiliou na redução dos sintomas de ansiedade de maneira mais efetiva, comparado ao grupo de pacientes em uso de sertralina e placebo. Também observaram que a retirada do benzodiazepínico a partir da terceira semana de uso associado com ISRS não resultou em uma piora significativa dos sintomas de ansiedade neste grupo [30].

Alguns aspectos quanto ao tratamento psicoterápico no TP concentram-se no tratamento cognitivo-comportamental. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma modalidade terapêutica indicada para pacientes com TP, seja como primeira escolha ou também para pacientes que apresentam resposta parcial (permanecem com sintomas residuais como ansiedade antecipatória e evitação fóbica) após tratamento farmacológico [27] [31]. Estudos comprovam que a TCC pode modificar o curso do TP, tanto em curto como em longo prazo, tanto na prevenção das recaídas como no prolongamento do intervalo entre elas [32]. Além disso, a TCC pode ser realizada como monoterapia ou combinada ao tratamento farmacológico, apresentando eficácia comprovada [20] [33]. Em nosso meio, Heldt et al., em 2003, verificaram que a TCC em grupo foi eficaz no tratamento de pacientes com TP refratários ao tratamento farmacológico [34].

Na literatura psiquiátrica geral, a psicoterapia psicodinâmica ficou relegada a um segundo plano como um tratamento do TP, principalmente em função da falta de estudos bem delineados que tenham demonstrado sua efetividade ou em que contexto estaria indicada. Muitos psiquiatras clínicos, no

entanto, observaram e relataram que técnicas psicodinâmicas podem ter um papel significativo no tratamento de pacientes com TP, pois permitiriam um melhor entendimento dos mesmos [35].

Em estudo, Shear e Milrod, em 1991, comparam 35 casos da literatura psicanalítica e psicodinâmica com 71 pacientes habitualmente diagnosticados com TP. Revelaram que o tratamento psicodinâmico também pode trazer benefícios, através do estabelecimento da transferência como instrumento de trabalho e da demonstração aos pacientes de que seus incômodos sentimentos de agressividade estão relacionados ao ataque de pânico, podendo ser reconhecidos e manejados com segurança [36]. A partir deste, outros trabalhos enfatizaram os aspectos psicodinâmicos e a realização de tratamento psicoterápico nestes pacientes [37, 38]. Milrod, em 2007, realizou um ensaio clínico randomizado, comparando o tratamento psicoterápico psicodinâmico a técnicas de relaxamento no TP ao longo de 12 semanas. Sugere que a psicoterapia psicodinâmica no TP mostrou-se eficaz no tratamento dos sintomas de ataque de pânico, ansiedade e evitação fóbica [38].

## 1.2 ASPECTOS ETIOLÓGICOS

Muitos fatores têm sido observados na etiologia do TP, dentre eles, fatores biológicos, genéticos, psicossociais, cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos. Em conjunto, os fatores genéticos, ambientais e os antecedentes psicopatológicos são componentes importantes para o início do TP, que começa, muitas vezes, no contexto dos eventos vitais estressantes [4]. Várias alterações biológicas têm sido descritas na gênese do TP, incluindo alterações nos sistemas noradrenérgico, serotoninérgico, gabaérgico e quimiorreceptores.

Os aspectos psicológicos associados com o TP continuam sendo um tema de discussões controversas e são o foco da presente dissertação. Recentes revisões psicanalíticas atribuem a origem da ansiedade a duas causas: a primeira seria ocasionada por eventos traumáticos muito precoces, como perda do cuidador ou abuso sexual, e a segunda estaria relacionada a atitudes dos pais,

como negligência ou comportamento controlador. Entretanto, estes aspectos não têm sido sistematicamente estudados e avaliados [39].

Estudos prévios têm associado as experiências traumáticas na infância ao desenvolvimento do TP na idade adulta. Muito embora ainda não existam estudos bem delineados que comprovem esta idéia, trabalhos sugerem que a atitude dos pais, bem como a percepção desta atitude pela criança exercem influência significativa [40].

### **1.2.1 Hipóteses psicodinâmicas**

Os aspectos das relações precoces da criança e suas repercussões na vida adulta têm influenciado muitos autores a estudarem os aspectos psicodinâmicos associados ao surgimento do TP [41]. Neste estudo, Mihaljevic faz uma ampla revisão bibliográfica sobre esse tema, passando por diversos autores como Freud, Bowlby, Ainsworth, Klein, Shear, Shapiro, Busch, dentre outros.

Em seu estudo de 1993, Shear et al. descrevem alguns aspectos pertinentes ao modelo psicodinâmico no TP no tocante à relação parental desses indivíduos e às características psíquicas dos mesmos. A hipótese de que uma vulnerabilidade neurofisiológica inata traz à tona o medo precoce em situações não-familiares, associado à exposição a comportamentos parentais supercontroladores e amedrontadores, gera uma resolução incompleta no conflito de dependência e independência, presentes nos pacientes com TP. A manifestação desses conflitos pode variar de um extremo, em que prevalece o sentimento de abandono ou de solidão, ao outro, em que prepondera o sentimento de aprisionamento e de sufocamento. A evitação de situações não-familiares dificulta o aprendizado desses indivíduos no manejo de situações em que haja perigo ou ameaça e impeça o desenvolvimento de defesas mais adaptativas e de estratégias para lidar com as situações na vida. Uma conseqüência dominante, que surge facilmente nesses indivíduos, é a fantasia de serem abandonados ou sufocados e de se sentirem sozinhos, propiciando uma

tendência de reagir com raiva e/ou culpa a desafios psicológicos interpretados como ameaças de separação ou aprisionamento. Além disso, afetos negativos como ansiedade, culpa, vergonha e raiva, quando ativados, são sentidos como ameaçadores e, por conseguinte, intensificam a ansiedade. Tal ansiedade poderia aumentar a intensidade do afeto e levar a uma tendência a evitar o conhecimento do próprio afeto e/ou do que o provoca. A combinação da vulnerabilidade neurofisiológica constitucional à exposição crônica a afetos altamente negativos pode “sensibilizar” o cérebro, realçando a vulnerabilidade fisiológica ao pânico. Os inúmeros esforços em ignorar a presença de afetos negativos podem significar que os aspectos somáticos desses afetos se tornem o foco de atenção e de estímulo para a catastrofização cognitiva, quer seja consciente ou inconsciente. Inicia-se um ciclo vicioso, em que a sensação do medo e de sintomas psicológicos (ansiedade, culpa frente à ameaça de separação ou aprisionamento), por sua vez, produzem um aumento deste medo e, por conseguinte, acabam gerando mais sintomas psicológicos, culminando, assim, em um episódio de pânico. Na hipótese em que exista uma ligação entre o medo das sensações corporais e um prejuízo subjacente na regulação da auto-estima, estes autores propõem uma relação entre vulnerabilidade ao pânico e medo constitucional, em conjunção com uma falha dos pais em modular essas sensações de medo. Sugerem, ainda, que a menor sensação física possa provocar pânico porque se origina de afetos negativos altamente ameaçadores, que as defesas, por sua vez, imaturas, não conseguem controlar [42].

Busch et al., em 1999, descrevem que, além da dificuldade que têm estes pacientes em lidar com afetos negativos, outros fatores importantes seriam as características destes pacientes em lutar contra sentimentos de inadequação e de se tornarem dependentes de seus cuidadores para se sentirem seguros em fases muito precoces de suas vidas. A assustadora dependência pode desenvolver nos bebês um excessivo medo do desconhecido ou de situações traumáticas em seu desenvolvimento, como perda ou ameaça de abandono. Neste mesmo caso, a criança não sente uma adequada proteção de seus pais e torna-se raivosa na percepção de rejeição ou de comportamento de abandono. Como a dificuldade reside em lidar com esses sentimentos de raiva, ocorre um aumento da

ansiedade e uma dificuldade de relacionamento com seu cuidador, aumentando os temores de dependência. A repetição deste ciclo vicioso é ativada no adulto quando ocorrem fantasias ou experiências perturbadoras no apego, freqüentemente desencadeadas por eventos significativos na vida [43].



## 2 APEGO

O entendimento da relação mãe-bebê vem sendo estudado desde os primórdios da psicanálise. Atualmente, em diversos estudos, há um esforço na tentativa de mensurar essa relação mãe-bebê ou cuidador-bebê [44-46]. O entendimento desta relação, bem como seus aspectos disfuncionais torna-se crucial no possível desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta [47-49].

Em *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud descreve que a função da mãe nos primeiros anos de vida do bebê é de atender as necessidades básicas específicas da criança. Esta relação inicial com o seio, que atende à alimentação, rapidamente passa a atender gratificações pulsionais sexuais. Além da satisfação oral, estão presentes aspectos relacionados ao auto-erotismo e à pulsão sexual. Esta relação é uma fonte incessante de excitação e de satisfação sexual, proveniente das zonas erógenas do bebê, que se soma às vivências sexuais do cuidador, em especial da mãe, mesmo inconscientes, quando o acaricia, o beija e o embala. Através da gratificação alimentar proporcionada inicialmente pelo seio é que a mãe desperta a pulsão sexual de seu bebê. É justamente nesta vivência de satisfação no período da lactação, que a mãe se propõe a ensinar o filho a amar, procurando dar-lhe condições de lidar com suas necessidades sexuais e de atender aos apelos impelidos pelas pulsões [50].

Algumas considerações específicas acerca desse período de relações intensas entre a mãe e seu bebê foram estudadas também por Melanie Klein. Em 1952, Klein sugere que essa fase de satisfação oral é regida por relação de amor e de ódio e que o apego centra-se no seio materno. Este seio bom ou mau representa a primeira relação de objeto da criança. A totalidade dos desejos pulsionais da criança e suas fantasias inconscientes atribuem ao seio qualidades que vão além do próprio alimento [51].

Margaret Mahler, em *A Simbiose Humana e as subfases do processo de Separação e Individuação*, observa que o bebê, desde seu nascimento, passa por

fases de amadurecimento. Nas primeiras semanas de vida, há predominância da expressão do autismo normal que busca a satisfação de suas necessidades para o estabelecimento da homeostase, sem perceber o objeto (mãe). Lentamente, chega à fase de simbiose normal em que passa a perceber alguns estímulos externos, por volta dos dois meses de vida. Após, passa por quatro subfases de separação e individuação, que compreendem o período dos seis meses aos três anos. Neste período, o bebê começa a diminuir a dependência da mãe e a explorar o mundo ao redor. O aparelho locomotor torna-se mais desenvolvido e ele passa a locomover-se para locais pouco distantes da mãe, apenas por alguns momentos, pois necessita do reabastecimento da mesma. Por volta de um ano e quatro meses, com a aptidão para caminhar, passa a sentir o prazer do domínio e também a ansiedade de separação. O processo de amadurecimento emocional acontece simultaneamente e há a percepção da separação da mãe. Na fase de reaproximação, há um intenso conflito entre separação e individuação da mãe. Finalmente, na quarta subfase, caracteriza-se pela comunicação verbal, fantasia e critérios de realidade. As representações do self, distintamente separadas do objeto, dão lugar à constância objetal [52].

Na década de setenta, John Bowlby descreve sua teoria sobre o apego. Abordado de forma diversa, passa a observar outros aspectos deste vínculo. Essa relação do bebê e da mãe, que se estabelece de forma instintiva e se estende até aproximadamente os 3 anos da criança, é caracterizada como comportamento de apego. Esta aproximação com a mãe tem como objetivo principal a proteção da criança nesta fase inicial da vida. É neste momento que o bebê sente medo e vivencia situações de perigo. Com o passar dos anos, a intensidade e a frequência deste comportamento de apego vai diminuindo regularmente na vida do indivíduo. Posteriormente, em virtude de uma situação de doença, aflição ou medo, este comportamento primitivo pode ser reproduzido. Estes padrões particulares de vínculo, que se apresentam em função da idade, do sexo e da circunstância enfrentada por esse indivíduo, têm, em parte, relação com suas experiências precoces com as figuras de apego [47, 53].

Ainsworth, ampliando a observação de Bowlby, estudou especialmente a segurança do apego. Esta autora pôde perceber que a criança de 12 meses que

consegue fazer suas explorações do mundo, com razoável liberdade em uma situação estranha, utilizando-se da mãe como base segura, não se aflige com a chegada de um estranho. Sente a mãe próxima e em situações de separação, recebe com efusividade a mãe em seu retorno. Tal bebê é considerado seguramente apegado. Entretanto, em uma situação oposta, os bebês que não conseguem explorar o ambiente a sua volta, mesmo quando a mãe está presente, que se mostram facilmente alarmados, piorando na presença de um estranho e que desmoronam na ausência da mãe, não conseguindo recebê-la com carinho, têm o apego denominado de apego inseguro. Nestas circunstâncias, é freqüente os pais estarem indisponíveis ou apresentarem dificuldades no entendimento das necessidades destas crianças [47, 54, 55].

Este apego inseguro pode ser dividido em dois tipos: ansioso-esquivo e ansioso-resistente. No primeiro padrão, há evidência de um conflito de aproximação e de evitação típicos. Em função de uma ausência da mãe, podem tratar um estranho de modo mais amistoso do que o fazem com a própria mãe e em alguns momentos chegam a evitar o contato com a mesma. Nestas situações, o bebê não sente que suas necessidades de cuidado são atendidas, ou seja, não tem confiança na mãe, provavelmente esperando uma situação de rechaço ou rejeição pela mesma. Configura-se um estilo de vida em que talvez ele procure viver sem precisar de ninguém. Neste grupo, os bebês estão mais propensos ao comportamento de raiva e impulsividade. Na prática clínica, se há persistência desse padrão frente a uma situação traumática, provavelmente, poderá levar à psicopatologia na vida adulta. No apego ansioso resistente, também existe um conflito entre o contato e a proximidade com a mãe. Neste grupo, os bebês têm dúvidas se suas necessidades de cuidado e amor serão atendidas. Em função das dúvidas, estas crianças tendem a apresentar uma maior ansiedade de separação e tornam-se excessivamente ansiosas em relação a sua exploração do mundo. Este padrão é resultante de momentos em que a mãe cuida e está disponível e que contrastam com situações em que a mãe não está presente. Esta separação seguida da ameaça de abandono é utilizada como um meio de controle [47, 54, 55].

Segundo Bowlby, o caminho que cada indivíduo, com seu desenvolvimento próprio, seguirá e a extensão de sua capacidade de resiliência frente a uma situação estressora são determinados por um significativo padrão de comportamento de apego desenvolvidos em situações precoces da vida [47].

Bion (1962), em *Uma Teoria sobre o Processo de Pensar*, observa no bebê a possibilidade de substituição da descarga motora pela capacidade de pensar. Quando o bebê é colocado em contato com o seio materno – preconcepção –, a expectativa inata de um seio materno une-se à percepção da “realização” e dá lugar ao desenvolvimento de uma concepção. Este modelo encaixa-se à teoria de que a união de uma preconcepção com sua “realização” produz uma concepção. Sendo assim, tais conceitos estão invariavelmente ligados a uma experiência emocional de satisfação. Quando o bebê não encontra esse seio materno (não-seio), depara-se com a sensação de vazio, e o passo seguinte depende de sua capacidade de tolerar ou não esta frustração. Se esta tolerância ao não-seio for suficiente, transforma-se em pensamento. Se a intolerância à frustração predominar, o bebê lança medidas para fugir da percepção da “realização”, através de ataques destrutivos, evacuados em alta velocidade como mísseis, resultando na identificação projetiva, que obstrui o pensamento e a capacidade de pensar [56].

## 2.1 APEGO E TRANSTORNO DO PÂNICO

Bowlby relaciona que um apego ansioso e que interações adversas em famílias durante o período da infância, podem ser descritas em pacientes com agorafobia. Nestes indivíduos, estas experiências adversas podem também gerar o tipo de apego inseguro. Por sua vez, esse tipo de apego pode conduzir a uma intensificação na ansiedade de separação que, ao se estender na fase adulta, produz nesta pessoa um quadro de ansiedade e um relacionamento interpessoal mais dependente. Em seu livro *Separação, Angústia e Raiva*, descreve quatro situações caracteristicamente disfuncionais nestas famílias. O primeiro tipo sugere um estilo de parentagem mais controladora e dominadora que mantém a

criança por perto. O segundo caracteriza-se por um comportamento violento e litigioso dos pais, com ameaças de agressão. No terceiro padrão familiar, a criança é ameaçada de abandono ou expulsa da família por mau comportamento. O último tipo confere à criança um tipo de parentagem superprotetora que a mantém em casa com receio de que algo de mal lhe aconteça. Neste caso, o medo agorafóbico na criança é de que algo pavoroso lhe aconteça na ausência de seus familiares [57, 58].

Faravelli et al. (1991) avaliaram 32 pacientes com TP e ambos, pai e mãe, foram considerados muito protetores e pouco afetivos, embora a mãe apresentasse taxas superiores neste quadrante. Nesse estudo, foi utilizada a escala *Parental Bonding Instrument* (PBI) para avaliar as experiências com os pais na infância, sendo possível evidenciar que 75% dos pacientes com pânico encontravam-se no quadrante em que mães ofereciam um menor afeto e maior proteção, enquanto que 59% destes sentiam o mesmo por ambos os pais. Esse estudo pode trazer à tona a provável ligação entre os tipos de relação de pais e filhos e a incidência de TP. Pôde, ainda, perceber o clima subjetivo que essas crianças passaram na infância e trazer de forma objetiva as vivências muito precoces desse período [59].

Pesquisas de Wiborg e Dahl (1997), Favaretto e Torresani (1997), utilizando o PBI, observaram que a diferença mais importante dos escores do PBI nos pacientes com TP em relação ao grupo controle acontecia quando ambos os pais apresentavam o quadrante pouco afetivo e mais controlador. Esta diferença não era tão significativa quando um dos pais conseguia compensar o déficit do outro. Alguns autores contestam a capacidade de mensuração atual da escala PBI. Entretanto, ela consegue apresentar medidas bem coerentes em pacientes sintomáticos e com agorafobia [48, 60]. Turgoen (2002) avaliou pacientes com transtorno obsessivo compulsivo e TP com agorafobia que descreviam seus pais mais superprotetores comparados aos controles [61].

O estudo de Silove et al. (1991) com pacientes com TP e ansiedade generalizada sugere que um comportamento pouco afetivo dos pais possa ser relevante na patogênese da ansiedade generalizada e que o maior afeto e a

superproteção dos pais possa ser uma resposta a manifestações precoces do TP [62].

Embora Massion et al. (2002) não tenham evidenciado alterações na probabilidade de remissão do TP em 5 anos, nos pacientes com transtorno de personalidade co-mórbido, esta presença de transtorno de personalidade seria um fator importante e previamente estudado que interferiria no quadro e no tratamento de pacientes com TP [63]. Na pesquisa de Latas et al. (2000) há a sugestão de uma associação entre pais extremamente protetores na infância e presença de transtorno de personalidade em pacientes com pânico e agorafobia, principalmente o cluster B de transtornos de personalidade, segundo o DSM-IV. Ainda não se tem evidência consistente de que a relação dos pais com a criança, na infância, possa resultar em transtorno de ansiedade e de personalidade na vida adulta, mas se sabe que o risco, nessas condições, encontra-se bastante elevado [64].

Em estudo de 2008, Heider et al. avaliam a parentagem e a ocorrência de transtornos de ansiedade em seis países europeus. Evidenciam variação no tipo de parentagem e nos transtornos de ansiedade entre os países europeus. Encontraram, na França, interação entre pais superprotetores e desenvolvimento de Fobia Social. Na Alemanha, houve interação entre superproteção materna e Fobia Social, além de cuidado paterno e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Na Espanha, percebeu-se interação entre superproteção materna e paterna no Transtorno de Ansiedade Generalizada e superproteção materna no Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia [65].

## 2.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APEGO – *PARENTAL BONDING INSTRUMENT* (PBI)

A crescente preocupação com a teoria do apego na compreensão da patogênese dos transtornos psiquiátricos teve como conseqüência inúmeras pesquisas para desenvolver um instrumento capaz de chegar mais próximo das características desse vínculo parental [49]. Estes estudos, destinados a avaliar o

vínculo entre pais e filhos, só se tornaram possíveis nas últimas duas décadas, pois até então não existiam métodos fidedignos que avaliassem este vínculo. Em 1979, Parker et al. desenvolveram a *Parental Bonding Instrument* (PBI), uma escala que mede a percepção da conduta e a atitude dos pais em relação ao filho na infância e na adolescência (até 16 anos). Trata-se de um questionário auto-aplicável no qual a pessoa, com base nas suas lembranças, responde como ela foi criada por seus pais. O questionário avalia duas dimensões, afeto/cuidado e controle/superproteção, aplicados ao pai e à mãe individualmente [44]. A PBI pode ser analisada, direcionando os pais para um dos quatro quadrantes:

- parentagem ótima: pontuações altas na escala de cuidado e baixas na de superproteção;
- parentagem negligente: pontuações baixas em cuidado e baixas em superproteção;
- controle com muito afeto: pontuações altas na escala de cuidado e altas em superproteção;
- controle com pouco afeto: pontuações baixas na escala de cuidado e altas em superproteção.

Este instrumento apresenta características psicométricas adequadas e pouco se altera através dos traços de personalidade ou do estado psicológico dos indivíduos no momento da avaliação [66, 67]. Outro estudo de Wilhelm e Parker (2005) observou a constância do instrumento em uma coorte ao longo de vinte anos. As influências do humor e as experiências de vida parecem ter pequena influência na estabilidade da percepção parental medida pela PBI neste estudo [68]. Este instrumento foi adaptado para nossa cultura e traduzido para o Português Brasileiro [69].

A PBI tem sido usada em diversos estudos e, em geral, observa-se que pacientes com transtornos “neuróticos” têm pais com características de superproteção e de pouco cuidado, enquanto que pacientes com transtorno

bipolar têm se associado a cuidados exagerados e proteção semelhante ao grupo controle [66, 70].

Em um trabalho com gêmeos monozigóticos e dizigóticos, Parker (1986) avaliou a confiabilidade da escala PBI e sua relação com o humor. Nesse estudo, observou uma ótima correlação entre o coeficiente dos gêmeos monozigóticos e dizigóticos em relação à escala PBI. Além disso, a associação de quadros depressivos ou ansiosos, especialmente este último, com escores na escala PBI do tipo pais pouco afetivos e muito protetores, foi comum e foi confirmada tanto no grupo de gêmeos monozigóticos como em dizigóticos [71].

Estudos clínicos e epidemiológicos sugerem que o comportamento pouco afetivo dos pais representa um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos depressivos [72, 73]. Sato et al. (2000) avaliaram pacientes com depressão na vida adulta, estilo de parentagem através da PBI e personalidade através da escala de *Munich Personality Test*. Esses autores sugerem que o pouco afeto materno no PBI e as dimensões de tolerância à frustração e rigidez na escala de personalidade foram considerados fatores de risco independentes para depressão maior ao longo da vida [74].

Um estudo de Kendler, em 1996, sobre genética e parentagem, utilizou uma versão modificada da PBI de Parker com 16 questões, em que permanecem sete itens referentes ao cuidado da escala original e nove itens referentes à superproteção da escala original, apresentando uma melhor aferição dos dados deste instrumento. Neste trabalho, descreve que o afeto, primeiro fator, é avaliado através de 7 itens, que observam as características deste sentimento de amor na relação pais e criança. Já o segundo fator é caracterizado em 5 itens e reflete um estilo de parentagem de controle e proteção. O terceiro fator, qual seja, o autoritarismo, é percebido em 4 itens desta escala e caracteriza um estilo de parentagem que desencoraja a autonomia e a independência das crianças e dos adolescentes [75]. Em outro estudo, Cox e cols. revelam que os resultados da escala PBI com três fatores, modificada por Kendler, indica uma melhor aferição dos dados deste instrumento [76].



Em relação ao TP, como já foi anteriormente descrito, o uso do instrumento PBI demonstrou que pacientes referiam seus pais como mais superprotetores e menos afetivos [48, 59, 60] .

### 3 TRAUMA

O significado de trauma e suas repercussões na vida de um indivíduo vêm sendo estudados e caracterizados ao longo dos anos. Diversos autores trataram de estudar melhor suas repercussões psíquicas e psicopatológicas na vida adulta.

Sigmund Freud (1920) usou a palavra trauma metaforicamente em sua teoria para enfatizar como a mente pode ser ferida, gerando cicatrizes após eventos traumáticos [77]. Freud, em 1926, descreve em seu artigo *Inibições, Sintomas e Ansiedade* que: “[...] quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo perceptível pode pôr termo à situação de perigo que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para as condições que determina essa situação, a saber, a perda do objeto” [78] (p. 161). Neste mesmo estudo, o autor observa, em linhas gerais, que as situações traumáticas geradoras de ansiedade corresponderiam à perda do objeto (mãe), à perda do amor do objeto, à angustia de castração e à perda do amor do superego. Todas estas situações produtoras de intensas ansiedades dependem apenas para o seu surgimento de fixações e de degradações econômicas. Estes aspectos fazem parte da realidade psíquica do sujeito humano e decorrem de fixações em seu desenvolvimento. A realidade psíquica em muitas situações guarda estreita relação com a realidade fática e encontra na intersubjetividade a possibilidade de sua ampliação ou redução [78].

Melanie Klein, por volta de 1932, descreve que a agressividade da criança no ato de brincar gerava um severo remorso e culpa, oriundos desta agressão. Entendia que a ansiedade nas crianças pequenas estava relacionada a um conflito muito primitivo entre a agressão e o sentimento de culpa frente a esta [79]. Refere que a ansiedade primordial que o ego combate é a ameaça que surge da pulsão de morte [80]. Klein foi muito além de sua teoria prévia de ansiedade ao descrever a propensão que tem a pulsão de morte, em sua forma projetada como agressão, a entrar em conflito com as pulsões amorosas.

Ana Freud e Dorothy Burlingham descrevem em seu livro *La Guerra y los Niños* a experiência que tiveram com inúmeras crianças vítimas da guerra. Perceberam uma necessidade maior destas crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, em receberem cuidados, vínculo pessoal, afeto estável e educação, principalmente em momentos difíceis como a guerra. Caso essas necessidades essenciais não tenham sido atendidas, provavelmente ocorreria uma perturbação psicológica duradoura. Observaram que nestes momentos de guerra as crianças apresentavam inúmeros impulsos agressivos que puderam ser contornados, paulatinamente, com o processo de educação [81].

Este tema sobre trauma na infância e na adolescência chamou a atenção de Freud, Ana Freud, Dorothy Burlingham e Melanie, como também de diversos autores na literatura atual. Estes autores buscam um melhor entendimento do caminho e da repercussão das vivências traumáticas no desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta [82-86]. Traumas na infância estão associados com inúmeros transtornos psiquiátricos ou sintomas, tais como: transtornos depressivos e ansiosos [87, 88], esquizofrenia [89], suicídio, promiscuidade e abuso de substâncias [90] e sintomas dissociativos [84].

Kessler (1997), em seu estudo epidemiológico, avaliou eventos adversos como perda (separação dos pais), psicopatologia dos pais, traumas interpessoais (estupro) e outras adversidades e observou uma associação intensa entre estas situações, resultando em um efeito somatório das mesmas. Sugere que essas adversidades estão associadas com o início de algumas patologias, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos relacionados a substâncias [82].

Salepsi et al. (2004), em um estudo de caso-controle, exploraram a relação entre transtornos psiquiátricos e a presença de eventos vitais negativos ou positivos durante a infância e a adolescência. Foram avaliados 192 pacientes (45 pacientes com diagnóstico de Transtorno relacionado ao uso de álcool, 52 pacientes com Esquizofrenia, 54 pacientes com Transtorno de Humor e 41 pacientes com Transtornos de Personalidade) comparados a 63 controles sem transtornos psiquiátricos. Observaram que o abuso e a negligência emocional

foram as experiências negativas mais proeminentes, principalmente na infância tardia e adolescência dos pacientes psiquiátricos comparados aos controles. Além disso, constataram que a maior parcela de experiências como abuso físico e emocional esteve relacionada com transtornos relacionados ao uso de álcool e transtorno de personalidade, respectivamente [85].

Em busca do entendimento destas questões relativas ao apego e ao trauma nos transtornos psiquiátricos, poderia ser feita uma correlação com a equação etiológica de Freud, em que a concepção de etiologia da neurose/doença, descrita em *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1916-1917), permanece ainda em nossos dias como uma plausível explicação para o fenômeno em estudo. Para Freud, a integração de fatores constitucionais e acontecimentos infantis, como a vida fantasística e as fixações de diversas fases da libido, acrescido do acontecimento acidental traumático, resultariam na doença [91].

Entretanto, pôde ser observado que nem todos os indivíduos expostos a situações traumáticas na infância e na adolescência desenvolvem uma psicopatologia na vida adulta. Talvez uma, dentre as inúmeras possibilidades de explicação para este fato, seja a capacidade de resiliência de um indivíduo. Algumas pessoas, mesmo passando por uma situação estressora importante, podem apresentar mais recursos para lidar com a mesma [92]. Além disso, uma outra justificativa para um bom desenvolvimento da saúde mental pode ser a qualidade do apego [47]. Neste sentido, considerando o apego como vivências infantis, podendo ser seguro ou inseguro, ele poderia ser um fator de risco ou proteção para o desenvolvimento de psicopatologia frente ao trauma.

### 3.1 TRAUMA E TRANSTORNO DO PÂNICO

Além da estreita relação das situações traumáticas no desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos, pode-se perceber também uma importante associação do trauma com o desenvolvimento de TP na vida adulta [39, 86, 88, 93-95].

Manfro e cols. (1996) examinaram a frequência de eventos vitais estressores em 223 pacientes no ano anterior ao início do TP. Neste estudo, apesar de existir um fator estressor precipitante na maioria dos pacientes, as taxas mais elevadas de sua frequência são encontradas em pacientes que apresentaram dois ou mais diagnósticos de ansiedade na infância e em pacientes que apresentaram comorbidade com depressão já na vida adulta [15].

Segundo Stein (1996), em um estudo de caso e controle, com 125 pacientes com Transtornos de Ansiedade (Transtorno do Pânico, Fobia Social e Transtorno Obsessivo Compulsivo), foi encontrada uma maior prevalência de abuso físico e sexual quando crianças no grupo dos pacientes comparado ao grupo dos controles [96].

Em estudo, Friedman sugere que pacientes com TP apresentam pouca diferença significativa quanto à incidência de eventos traumáticos na infância comparado a outros transtornos psiquiátricos (depressão maior, ansiedade e esquizofrenia). Pacientes com TP que reportaram história de abuso físico na infância apresentaram índices mais elevados em escalas que avaliavam sintomas depressivos e, por conseguinte, comorbidade com depressão [89].

Horesh e cols. (1997), em um estudo de caso-controle, avaliaram a associação entre eventos estressores ao longo da vida e o desenvolvimento de TP em uma amostra em Israel. Foi observada uma diferença significativamente maior de eventos negativos, principalmente associados aos seus pais, e situações de perda na infância e adolescência em pacientes com TP comparados aos controles [97].

Estudo de Gregory e Javaid, em 2002, acompanhou uma amostra da comunidade de 274 pacientes com TP da *National Comorbidity Survey*, ao longo de 2 anos (80 homens e 194 mulheres). Observaram-se altas taxas de situações traumáticas nos pacientes com TP. Em torno de 24,2% das mulheres e 5% dos homens apresentaram uma história prévia de terem sido molestados sexualmente [98].

Safren et al. (2002) avaliaram 149 pacientes (75 pacientes apresentando TP, 46 pacientes apresentando Fobia Social e 28 pacientes apresentando Transtorno de Ansiedade Generalizada) através de entrevista semi-estruturada, questionando acerca de vários tópicos sobre as situações traumáticas ocorridas na infância. Sugerem uma prevalência aumentada de relatos de abuso físico e sexual no passado, em indivíduos com TP, comparados aos com Fobia Social [95]. Pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada parecem apresentar taxas intermediárias de abuso físico e sexual em relação a estes dois transtornos, sem apresentar diferenças estatisticamente significativas.

Goodwin (2004) concorda com os achados de outras pesquisas, em que indivíduos expostos ao abuso físico e sexual aumentam o risco de TP. Entretanto, essa associação não foi tão clara quando se compara violência familiar e risco de desenvolvimento de TP na vida adulta [88].

Zlotnik et al., em 2008, observaram que indivíduos expostos a situações traumáticas ao longo da vida estiveram associados a uma maior probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos. Em se tratando especialmente do TP, há uma maior prevalência dessas situações, quando ocorridas na infância e não na vida adulta, comparadas aos demais transtornos psiquiátricos [86]. Este estudo concorda com os achados previamente descritos por Horesh (1997).

Nas últimas décadas, diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de desenvolver métodos que aumentassem a capacidade de investigação de traumas infantis. Num estudo comparativo entre um grupo de pacientes com TP e um grupo controle, foi observada uma maior frequência de violência familiar e abuso sexual no primeiro [39].

### 3.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TRAUMA – *CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE* (CTQ)

Para a investigação de traumas na infância, Bernstein e cols. (1994) iniciaram o desenvolvimento de um instrumento auto-aplicável com 70 itens,

denominado do inglês, *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) [99]. Bernestein e cols. (1997) observaram os primeiros achados da validação do CTQ e perceberam que este pode ser considerado um instrumento adequado para avaliação de traumas em adolescentes. O CTQ é um instrumento auto-aplicável, que, através de uma escala Likert de 5 pontos, investiga componentes traumáticos ocorridos na infância, considerando cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual. Possui ainda uma escala de controle de minimização/negação das respostas [100].

Posteriormente, foi criada uma versão reduzida constituída por 28 itens, dos quais 25 avaliam cada uma das cinco dimensões traumáticas (cinco itens para cada dimensão) e três são de uma escala de minimização/negação. Ao final, o avaliador obtém um escore para cada um dos cinco tipos de trauma, que pode variar de “5” (ausência do trauma em questão) a “25” (escore máximo para a presença do trauma), além de um escore total para todos os traumas (CTQ total), que pode variar de 25 (ausência de qualquer trauma) a 125 (escore máximo para a presença de todos os traumas) [101].

Este instrumento, o CTQ, foi traduzido, adaptado e validado quanto ao seu conteúdo para uma versão em português, denominado de *Questionário Sobre Traumas na Infância* (Quesi) [102].

Em um estudo, Bernet e Stein (1999) utilizaram como instrumento o CTQ e observaram uma possível associação de maus tratos na infância com o início, o curso e as comorbidades de um episódio depressivo [103]. Também tem sido descrito por outros autores uma taxa aumentada de experiências traumáticas na infância, em pacientes com transtorno de ansiedade [87].

Estudo avaliou casais e sugere que o abuso e negligência emocionais apresentaram uma maior suscetibilidade ao aparecimento de sintomas de ansiedade, depressivos e somáticos observados nas mulheres [104].

Além destas situações traumáticas, como abuso sexual, alguns estudos observaram que o abuso emocional na infância e a percepção de pais muito

controladores e pouco afetivos têm um efeito indireto na psicopatologia [105] [106].

Em função desta revisão bibliográfica, o presente trabalho tem como objetivo avaliar alguns aspectos psicodinâmicos nos pacientes com TP, como a qualidade do apego, através do instrumento PBI, e a presença de trauma na infância e adolescência, através da escala CTQ, em comparação ao grupo controle. Além disto, este estudo também avaliará a presença de interação entre o tipo de apego e o tipo de trauma encontrado nestes indivíduos.



## 4 HIPÓTESES

Sabendo-se que o Transtorno do Pânico, quanto aos seus aspectos etiológicos, está relacionado a determinados fatores, como a parentagem e as situações traumáticas na infância, as seguintes hipóteses foram testadas:

1. Pacientes adultos com Transtorno do Pânico percebem seus pais mais controladores e menos afetivos em comparação a um grupo controle.
2. Pacientes adultos com Transtorno do Pânico apresentam mais situações traumáticas na infância e adolescência em comparação a um grupo controle.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 GERAL

- Avaliar a parentagem e as situações traumáticas na infância e adolescência em pacientes com Transtorno do Pânico, comparado com um grupo controle.

### 5.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar o tipo de parentagem mais comum nos pacientes com Transtorno de Pânico, comparado com o grupo controle.
- Avaliar a presença de trauma nos pacientes com Transtorno de Pânico, comparado com o grupo controle.
- Avaliar se existe diferença entre gêneros relacionado ao tipo de parentagem nos pacientes com Transtorno do Pânico, comparado com o grupo controle.
- Avaliar se existe diferença entre gêneros relacionado ao tipo de trauma nos pacientes com Transtorno de Pânico, comparado com o grupo controle.
- Avaliar se existe uma interação entre o tipo de parentagem, a presença de trauma e o desenvolvimento do TP.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa (GPPG nº 06-124) foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Todos os pacientes e indivíduos controles assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informação antes de participarem do estudo.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR)*. 4<sup>th</sup> ed. 2002, Washington DC: American Psychiatry Association.
2. Barlow D.H, C.J.A., *Tratamento psicológico do Pânico*. 1999, Porto Alegre: Artes Médica Sul.
3. Marshall, J.R., *Panic disorder: a treatment update*. J Clin Psychiatry, 1997. **58**(1): p. 36-42.
4. Katon, W., *Panic disorder in the medical setting*. 1991, Washington: American Psychiatric Press.
5. Saúde, O.M.d., *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10*. 1993, Porto Alegre: Artes Médicas.
6. Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1994. **51**(1): p. 8-19.
7. Pollack, M.H. and P.C. Marzol, *Panic: course, complications and treatment of panic disorder*. J Psychopharmacol, 2000. **14**(2 Suppl 1): p. S25-30.
8. Carpiniello, B., et al., *Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study*. Eur Psychiatry, 2002. **17**(7): p. 394-8.
9. Andersch, S. and J. Hetta, *A 15-year follow-up study of patients with panic disorder*. Eur Psychiatry, 2003. **18**(8): p. 401-8.
10. Gorman, J., *Anxiety Disorders: Introduction and Overview*, in Kaplan & Sadock's, *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2000, Lippincott Williams & Wilkins. p. p 1441-1444.
11. Starcevic, V. and E.H. Uhlenhuth, *Issues in the long-term treatment of panic disorder*. J Clin Psychopharmacol, 1998. **18**(6 Suppl 2): p. 1S.
12. Roy-Byrne, P.P., et al., *Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment*. J Clin Psychiatry, 1999. **60**(7): p. 492-9; quiz 500.
13. Pollack, M.H., et al., *Longitudinal course of panic disorder: findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study*. J Clin Psychiatry, 1990. **51 Suppl A**: p. 12-6.
14. Black, D.W., et al., *Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder*. J Affect Disord, 1994. **30**(4): p. 233-41.
15. Manfro, G.G., et al., *Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder*. J Affect Disord, 1996. **41**(2): p. 135-9.
16. Rosenbaum, J.F., M.H. Pollack, and R.A. Pollock, *Clinical issues in the long-term treatment of panic disorder*. J Clin Psychiatry, 1996. **57 Suppl 10**: p. 44-8; discussion 49-50.
17. Lecrubier, Y., *The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder*. J Clin Psychiatry, 1998. **59 Suppl 8**: p. 11-4; discussion 15-6.
18. Marchesi, C., et al., *Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: a 1-year naturalistic study*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2006. **30**(7): p. 1240-5.

19. Bakker, A., A.J. van Balkom, and P. Spinhoven, *SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis*. *Acta Psychiatr Scand*, 2002. **106**(3): p. 163-7.
20. Ham, P., D.B. Waters, and M.N. Oliver, *Treatment of panic disorder*. *Am Fam Physician*, 2005. **71**(4): p. 733-9.
21. Geraciotti, T.D., Jr., *Venlafaxine treatment of panic disorder: a case series*. *J Clin Psychiatry*, 1995. **56**(9): p. 408-10.
22. Kjernisted, K. and D. McIntosh, *Venlafaxine extended release (XR) in the treatment of panic disorder*. *Ther Clin Risk Manag*, 2007. **3**(1): p. 59-69.
23. Pollack, M.H., et al., *A double-blind study of the efficacy of venlafaxine extended-release, paroxetine, and placebo in the treatment of panic disorder*. *Depress Anxiety*, 2007. **24**(1): p. 1-14.
24. Susman, J. and B. Klee, *The Role of High-Potency Benzodiazepines in the Treatment of Panic Disorder*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2005. **7**(1): p. 5-11.
25. Gorman, J.M., *The use of newer antidepressants for panic disorder*. *J Clin Psychiatry*, 1997. **58 Suppl 14**: p. 54-8; discussion 59.
26. Sheehan, D.V., *Current concepts in the treatment of panic disorder*. *J Clin Psychiatry*, 1999. **60 Suppl 18**: p. 16-21.
27. Cloos, J.M., *The treatment of panic disorder*. *Curr Opin Psychiatry*, 2005. **18**(1): p. 45-50.
28. Dannon, P.N., et al., *A naturalistic long-term comparison study of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder*. *Clin Neuropharmacol*, 2007. **30**(6): p. 326-34.
29. Nardi, A.E. and G. Perna, *Clonazepam in the treatment of psychiatric disorders: an update*. *Int Clin Psychopharmacol*, 2006. **21**(3): p. 131-42.
30. Goddard, A.W., et al., *Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder*. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. **58**(7): p. 681-6.
31. Pollack, M.H., et al., *Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder*. *J Clin Psychiatry*, 1994. **55**(5): p. 200-5.
32. Otto, M.W. and M.L. Whittal, *Cognitive-behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder*. *Psychiatr Clin North Am*, 1995. **18**(4): p. 803-20.
33. van Apeldoorn, F.J., et al., *Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia*. *Acta Psychiatr Scand*, 2008. **117**(4): p. 260-70.
34. Heldt, E., et al., *Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital*. *Psychother Psychosom*, 2003. **72**(1): p. 43-8.
35. Busch, F.N., B.L. Milrod, and M.B. Singer, *Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder*. *J Psychother Pract Res*, 1999. **8**(3): p. 234-42.
36. Milrod, B. and M.K. Shear, *Dynamic treatment of panic disorder: a review*. *J Nerv Ment Dis*, 1991. **179**(12): p. 741-3.
37. Milrod, B., et al., *Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study*. *Am J Psychiatry*, 2000. **157**(11): p. 1878-80.
38. Milrod, B., et al., *A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder*. *Am J Psychiatry*, 2007. **164**(2): p. 265-72.

39. Bandelow, B., et al., *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder*. Compr Psychiatry, 2002. **43**(4): p. 269-78.
40. Servant, D. and P.J. Parquet, *Early life events and panic disorder: course of illness and comorbidity*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 1994. **18**(2): p. 373-9.
41. Vuksic-Mihaljevic, Z., et al., *A current psychodynamic understanding of panic disorder*. Br J Med Psychol, 1998. **71 ( Pt 1)**: p. 27-45.
42. Shear, M.K., et al., *A psychodynamic model of panic disorder*. Am J Psychiatry, 1993. **150**(6): p. 859-66.
43. Busch, F.N., et al., *Oedipal dynamics in panic disorder*. J Am Psychoanal Assoc, 1999. **47**(3): p. 773-90.
44. Parker, G., *A Parental Bonding Instrument*. British Journal of Medical Psychology 1979. **52**: p. 1-10.
45. Aspelmeier, J.E., A.N. Elliott, and C.H. Smith, *Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: the moderating role of attachment*. Child Abuse Negl, 2007. **31**(5): p. 549-66.
46. Sternberg, K.J., et al., *Adolescents' perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of domestic violence: a longitudinal perspective*. Child Abuse Negl, 2005. **29**(8): p. 853-69.
47. Bowlby, J., *Developmental psychiatry comes of age*. Am J Psychiatry, 1988. **145**(1): p. 1-10.
48. Favaretto, E. and S. Torresani, *[Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders]*. Epidemiol Psichiatr Soc, 1997. **6**(2): p. 124-38.
49. Pacchierotti, C., et al., *Attachment and panic disorder*. Psychopathology, 2002. **35**(6): p. 347-54.
50. Freud, S., *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, in *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1905, Imago Editora LTDA: Rio Janeiro. p. 123 -133.
51. Klein, M., *Algunas Conclusiones Teóricas sobre La Vida Emocional del Lactente* in *Desarrollos en Psicoanálisis*. 1952, Ediciones Hormé: Buenos Aires p. 177-208.
52. Mahler, M., F. Pine, A. Bergman, *A Simbiose Humana e as Subfases do Processo de Separação-Individuação*, in *O Nascimento Psicológico da Criança*. 1977, Zahar Editores: Rio de Janeiro. p.55-138.
53. Bowlby, J., *The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976*. Br J Psychiatry, 1977. **130**: p. 201-10.
54. Bowlby, J., *Uma abordagem de sistemas de controle para o comportamento de apego*, in *Apego e Perda*. 1958, Livraria Martins Fontes editora LTDA: São Paulo. p. 251- 279.
55. Ainsworth, M.D.e.a., *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation at home*. 1978, Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum.
56. Bion, W., *Uma Teoria sobre o Processo de Pensar*, in *Estudos Psicanalíticos Revisados*. 1967, Imago Editora LTDA: Rio de Janeiro. p. 101-100.

57. Shear, M.K., *Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm*. Am J Psychiatry, 1996. **153**(7 Suppl): p. 125-36.
58. Bowlby, J., *Apego com angústia e "agorafobia"*, in *Separação Angústia e Raiva* Livraria Martins Fontes Editora LTDA: São Paulo. p. 309-328.
59. Faravelli, C., et al., *Perception of early parenting in panic and agoraphobia*. Acta Psychiatr Scand, 1991. **84**(1): p. 6-8.
60. Wiborg, I.M. and A.A. Dahl, *The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder*. Acta Psychiatr Scand, 1997. **96**(1): p. 58-63.
61. Turgeon, L., et al., *Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia*. Acta Psychiatr Scand, 2002. **105**(4): p. 310-6.
62. Silove, D., et al., *Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder*. Br J Psychiatry, 1991. **159**: p. 835-41.
63. Massion, A.O., et al., *Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder*. Arch Gen Psychiatry, 2002. **59**(5): p. 434-40.
64. Latas, M., et al., *Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia*. Compr Psychiatry, 2000. **41**(1): p. 28-34.
65. Heider, D., et al., *Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders : A study in six European countries*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2008. **43**(4): p. 266-272.
66. Parker, G., *Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated*. Arch Gen Psychiatry, 1983. **40**(9): p. 956-60.
67. Mackinnon, A.J., A.S. Henderson, and G. Andrews, *The Parental Bonding Instrument: a measure of perceived or actual parental behavior?* Acta Psychiatr Scand, 1991. **83**(2): p. 153-9.
68. Wilhelm, K., et al., *The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period*. Psychol Med, 2005. **35**(3): p. 387-93.
69. Hauck, S., *Adaptação Transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI)* Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2006. **28**(2): p. 162-68.
70. Joyce, P.R., *Parental bonding in bipolar affective disorder*. J Affect Disord, 1984. **7**(3-4): p. 319-24.
71. Parker, G., *Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample*. Acta Psychiatr Scand, 1986. **73**(1): p. 22-7.
72. Enns, M.W., B.J. Cox, and D.K. Larsen, *Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions*. Can J Psychiatry, 2000. **45**(3): p. 263-8.
73. Myhr, G., D. Sookman, and G. Pinard, *Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls*. Acta Psychiatr Scand, 2004. **109**(6): p. 447-56.
74. Sato, T., et al., *Parental bonding and personality in relation to a lifetime history of depression*. Psychiatry Clin Neurosci, 2000. **54**(2): p. 121-30.
75. Kendler, K.S., *Parenting: a genetic-epidemiologic perspective*. Am J Psychiatry, 1996. **153**(1): p. 11-20.

76. Cox, B.J., M.W. Enns, and I.P. Clara, *The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the National Comorbidity Survey*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2000. **35**(8): p. 353-7.
77. Freud, S., *Além do Princípio de Prazer*, in *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1920, Imago Editora LTDA: Rio de Janeiro. p. 13-85.
78. Freud, S., *Inibições, Sintomas e Ansiedade* in *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. 1926, Imago editora LTDA: Rio de Janeiro. p. 95-201 (pg 161).
79. Klein, M., *Obras Completas Melanie Klein: El Psicoanálisis de Niños*. 1932, Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
80. Klein, M.e.a., *Sobre La Teoria de LA Ansiedad Y La Culpa* in *Desarrollos en Psicoanálisis*. 1948, Ediciones Horme S. A.: Buenos Aires. p. 237- 253.
81. Freud, A. and D. Burlingham., *La Guerra y Los Niños*. 1965, Buenos Aires: Ediciones Hormé.
82. Kessler, R.C., C.G. Davis, and K.S. Kendler, *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey*. Psychol Med, 1997. **27**(5): p. 1101-19.
83. Lynskey, M.T. and D.M. Fergusson, *Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse*. Child Abuse Negl, 1997. **21**(12): p. 1177-90.
84. Draijer, N. and W. Langeland, *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. Am J Psychiatry, 1999. **156**(3): p. 379-85.
85. Saleptsi, E., et al., *Negative and positive childhood experiences across developmental periods in psychiatric patients with different diagnoses - an explorative study*. BMC Psychiatry, 2004. **4**: p. 40.
86. Zlotnick, C., et al., *Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample*. Compr Psychiatry, 2008. **49**(2): p. 163-9.
87. David, D., A. Giron, and T.A. Mellman, *Panic-phobic patients and developmental trauma*. J Clin Psychiatry, 1995. **56**(3): p. 113-7.
88. Goodwin, R.D., D.M. Fergusson, and L.J. Horwood, *Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood*. Psychol Med, 2005. **35**(6): p. 881-90.
89. Friedman, S., et al., *The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients*. J Anxiety Disord, 2002. **16**(3): p. 259-72.
90. Arata, C.M., et al., *Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth*. Child Abuse Negl, 2007. **31**(4): p. 393-415.
91. Freud, S., *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III)*, in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 1916-1917, Imago Editora LTDA: Rio de Janeiro.
92. Rutter, M., *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. Am J Orthopsychiatry, 1987. **57**(3): p. 316-31.
93. Faravelli, C., *Life events preceding the onset of panic disorder*. J Affect Disord, 1985. **9**(1): p. 103-5.



94. Young, E.A., et al., *Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders*. *Depress Anxiety*, 1997. **5**(2): p. 66-72.
95. Safren, S.A., et al., *History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder*. *J Nerv Ment Dis*, 2002. **190**(7): p. 453-6.
96. Stein, M.B., et al., *Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample*. *Am J Psychiatry*, 1996. **153**(2): p. 275-7.
97. Horesh, N., et al., *Life events in childhood, adolescence and adulthood and the relationship to panic disorder*. *Acta Psychiatr Scand*, 1997. **96**(5): p. 373-8.
98. Leskin, G.A. and J.I. Sheikh, *Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey*. *J Anxiety Disord*, 2002. **16**(6): p. 599-603.
99. Bernstein, D.P., et al., *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*. *Am J Psychiatry*, 1994. **151**(8): p. 1132-6.
100. Bernstein, D.P., et al., *Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. **36**(3): p. 340-8.
101. Bernstein, D.P., et al., *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. *Child Abuse Negl*, 2003. **27**(2): p. 169-90.
102. Grassi-Oliveira, R., *Tradução e Validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire*, in *Revista de Saúde Pública*. 2006. p. 249-55.
103. Bernet, C.Z. and M.B. Stein, *Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood*. *Depress Anxiety*, 1999. **9**(4): p. 169-74.
104. Waldinger, R.J., et al., *Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment*. *Psychosom Med*, 2006. **68**(1): p. 129-35.
105. Spertus, I.L., et al., *Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice*. *Child Abuse Negl*, 2003. **27**(11): p. 1247-58.
106. Finzi-Dottan, R. and T. Karu, *From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: a path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem*. *J Nerv Ment Dis*, 2006. **194**(8): p. 616-21.

## 8 ARTIGOS

### 8.1 ARTIGO 1

**Childhood Maltreatment and Parenting are associated to Panic Disorder according to psychodynamic theory**

**Authors: Ana Carolina Gaspar Seganfredo<sup>1</sup>, Mariana Torres<sup>1</sup>, Giovanni Abrahão Salum<sup>1</sup>, Carolina Blaya<sup>1</sup>, Jandira Acosta<sup>1</sup>, Cláudio Eizirik<sup>2</sup>, Gisele Gus Manfro<sup>1,2\*</sup>**

*<sup>1</sup> Anxiety Disorders Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

*<sup>2</sup> Post Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil*

\*Correspondence to: Gisele Gus Manfro

Luiz Manoel Gonzaga 630 / 11

90470-280. Porto Alegre – RS – Brazil

Tel/Fax: +55 51-33289234

E-mail : [gmanfro@portoweb.com.br](mailto:gmanfro@portoweb.com.br)

Artigo submetido para o jornal Comprehensive Psychiatry  
(Fator de Impacto 1,857)

## **Abstract**

**Background:** The aim of this study is to evaluate the association between childhood trauma and parental bonding in panic disorder (PD) compared to controls.

**Methods:** 123 patients and 123 paired controls were evaluated through the Mini International Neuropsychiatry Interview, the Childhood Trauma Questionnaire and Parental Bonding Instrument.

**Results:** The PBI and CTQ scales are highly correlated. PD patients presented higher rates of emotional abuse (OR=2.54, p=0.001), mother overprotection (MOP) (OR=1.98, p=0.024) and father overprotection (FOP) (OR=1.84 p=0.041) as compared to controls. Regarding gender, only MOP remains independently associated with PD (OR=3.28, p=0.032) for men. Besides, higher FOP (OR=2.2, p=0.017) and less father warmth (OR=0.48, p=0.039) were associated with female PD patients.

**Conclusions:** Higher rates of different types of trauma, especially emotional abuse, are described in PD patients as compared to controls. The differences regarding gender and parental bonding could be explained in the light of the psychodynamic theory.

## **Introduction**

Psychiatric disorders are mixed conditions in which both genetic and environmental factors share their influences. For panic disorder (PD), the genetic proportion of variance explained by genes was estimated to be approximately 25 to 35%, whereas environment accounts for 70% [1]. Among environmental factors, childhood maltreatment and parenting are good candidates to explain part of the non-heritable portion of PD etiology accordingly to the psychodynamic theory.

Two key concepts of the psychodynamic theory are childhood trauma and early object relations. Freud (1920) used the word trauma in his theory to emphasize how psychological scars after a traumatic event could contribute to psychopathology. Intense anxiety would affect the individual depending on the economic fixations and degradations in traumatic situations[2].

Childhood maltreatment has shown to be associated with several psychiatric disorders as follows: depression, anxiety [3, 4], schizophrenia [5], suicide, hopelessness, delinquent behaviors, promiscuity, drug and alcohol abuse [6], and dissociation symptoms [7]. Emotional abuse and neglect were also proved to predict increased anxious, depressive and somatic symptoms in adult women [8-10]. Studies have shown that panic disordered patients have higher rates of past sexual or physical abuse than those with social phobia and generalized anxiety disorder [11] and much higher rates of domestic violence than controls [12]. Also considering panic disorder, a recent survey [13] has shown that the exposure to a lifetime potentially traumatic event was associated with a higher probability of psychiatric morbidity. PD rather than a range of other psychiatric disorders was associated with traumatic events that first occurred in childhood as

compared to adulthood [13]. This study highlights the role of childhood experiences in the development of PD.

Additionally to traumatic experiences in childhood, part of the individual's psychic development and personality is also a complex result of early object relationships [14], i.e., an individual perceives himself and the external reality depending on the kind of attachment behavior he has experienced with his parents or other caregiver in his childhood. These models are internalized as part of the "internal world of an individual", becoming a model for future relationships [15]. Shear et al. have conducted a study in which all individuals with PD described at least one parent as angry, frightening, critical or controlling [16]. Moreover, Silove et al. have demonstrated a significant pattern of mother overprotection on patients with panic disorder as compared to controls [17]. Some authors have described that PD patients reported less care and more protection by both parents as compared to controls subjects [18-20]. Pacchierotti et al. [21] have observed less care and more protection regarding the paternal figure, while considering the maternal figure, there were less care and less protection patterns.

To our knowledge, there are no available data in the literature studying the role of parental bonding, assessed using the PBI, and childhood trauma, assessed using the CTQ, and PD in adulthood in South America countries, which differ in cultural aspects from European and North American countries. Therefore, the aim of this study was to evaluate the association between trauma and parenting in childhood with PD in the adulthood. Additionally, we intended to evaluate differences between these childhood experiences and gender discussed in light of the psychodynamic theory.

## **Method**

### *Sample*

This is a case-control study paired 1:1 by sex, age and income. The final sample was composed of 123 patients and 123 controls. The patients with PD participated in psychopharmacology clinical trials or Cognitive Behavior Therapy Groups in the Anxiety Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (36 men and 87 women, aged between 19 and 63 years old, mean age = 37.42, SD = 10.29). Patients with primary diagnosis of PD with or without agoraphobia, according to DSM-IV diagnostic criteria, and at least 18 years old were eligible for the study. Exclusion criteria included mental retardation, dementia or other organic brain syndrome, psychotic disorders and disabling chronic disease. Patients with comorbidities common to PD were included in the study provided that the symptoms were not clinically more prominent than the PD symptoms. Since the sample was enrolled in different symptomatic status, PD patients could be currently symptomatic or in remission. The control group comprised HCPA employees who did not meet the criteria for any psychiatry disorder (36 men and 87 women, aged between 19 and 63 years old, mean age = 37.16, SD = 10.16). Patients and controls provided informed consent, and the study was approved by the Institutional Review Board of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (number 06-124).

## *Measures*

### *Diagnostic*

Subjects were evaluated by trained psychiatrists and psychologists through clinical interview and using the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) – Brazilian version [22]. A semi-structured interview was used to assess sociodemographic data and clinical history.

### *PBI*

The Parental Bonding Instrument (PBI) is a self-report questionnaire to measure the subjective experience of being parented to the age of 16 years. PBI scores have been shown to remain stable over time, being independent of current mood state, reflecting how others rate the parent-child relationship, and being sensitive to cultural differences [23]. The original construct designed by Parker et al. assesses two main components that have been suggested to influence parental bonding: care and overprotectiveness [24], and it consists of a 25-item self-report scale. Cox et al. [25] have evaluated competing models of the basic dimensions underlying different versions of the PBI and found that one model proposed by Kendler [26] with a 16-item version of the PBI showed the best fit to the data. This version includes both care (now named warmth) and protection, and also the authoritarianism dimension. There are several terms of the PBI factors in the current literature, for instance, warmth could be named “nurturance”, “care” and “loving”. We decided to use all the terms proposed by Kendler, but protection. As this dimension seems to be associated to a risk factor, we named it as overprotection in our sample. The warmth factor includes seven items reflecting the warmth and lovingness of the parent-child relationship. Examples of these

items are “Enjoyed talking things over with her” (positive loading) or “Was emotionally distant from her” (negative loading). The overprotection factor includes five items and represents the parental style of overprotection and control. Examples of these items are “Was overprotective of her” (positive loading). The authoritarianism factor includes four items and represents the parental style that discouraged autonomy and independence. Representative items on this scale were “Let her dress in any way she pleased” (negative loading) or “Let her decide things herself” (negative loading). Each item must be rated from 0 to 3, according to how much the individual parent resembles a given behavior. This questionnaire has already been translated to Brazilian Portuguese [27].

One subject did not rate the mother’s version of the PBI because did not have a mother figure in his childhood and 11 subjects did not rate the father’s version of the PBI because did not have a father figure in their childhood.

### *CTQ*

The original CTQ is a 70-item self-report scale that was developed to provide reliable and valid retrospective assessment of child abuse and neglect. Its items ask about experiences in childhood and adolescence and are rated on a 5-point Likert-type scale, indicating the frequency in which the incident in question occurred, with response options ranging from Never True to Very Often True [28, 29]. The CTQ has five clinical scales: physical abuse (“bodily assaults on a child by an adult or older person that posed a risk of or resulted in injury”), sexual abuse (“sexual contact or conduct between a child younger than 18 years and an adult or older person”), emotional abuse (“verbal assaults on a child’s sense of worth or well-being or any humiliating or demeaning behavior directed toward a child by an



adult or older person”), physical neglect (“failure of the caretakers to provide for a child’s basic physical needs” ) and emotional neglect (“failure of the caretakers to meet children’s basic emotional and psychological needs”) [30]. The CTQ was proved to be stable over time, even after six-month therapy for resolving child abuse issues, despite reductions in general symptoms, increased self-esteem and resolution of abuse issues [31], and have internal consistency for adult [30] and adolescent samples [32]. Bernstein et al. [30] have developed a short version of the CTQ, in which each type of maltreatment was represented by five items to provide adequate reliability and content coverage, while substantially reducing the overall number of items in the scale, making it easier and quicker. The 28-item short version form of the scale has already shown its coherence and viability, including the invariance of its factor structures across diverse populations and its criterion-related validity in adolescent psychiatric populations [30], [32]. We used this brief form of the CTQ named QUESI (*Questionário sobre Traumas na Infância*), which was translated and validated to Portuguese [33].

### *Statistical Analysis*

Normal distribution and sphericity were assessed previously to any statistical analysis with the Kolmogorov-Smirnov test and Levene’s test. Data are presented as count (percent). Since the majority of the CTQ and PBI scales are not normally distributed and data transformation (logarithmic, inverse, etc.) did not solve this problem, we decided to dichotomize PBI and CTQ variables. In order to compare the frequencies of the transformed scores into dichotomous variables (described below), Fisher’s exact test was used. All variables associated with the outcome with a p-value less than .1 were included in a multivariable logistic

regression model in order to control for confounders using stepwise forward method (Likelihood) for selection of variables in order to maximize prediction. Every statistical analysis was also performed separately for woman and man, since Stein et al. have shown different kinds of trauma leading to PD in adulthood [34].

All tests were two-tailed and performed with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 14.0. The level of significance adopted is  $\alpha=0.05$  and 95%CI.

### *Factor analysis*

Regarding Cox finding [25], we performed a Principal Components Analysis (PCA) for all 16 items, using Varimax rotation with Kaiser Normalization, extracting factor with an eigenvalue greater than unity to verify if the three factors proposed by Kendler (Warmth, Overprotectiveness and Authoritarianism) could be extracted from our sample. This was done separately for father and mother scales [26].

The same proceeding was done with the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to confirm if our sample extracted the five factors proposed by Bernstein [29]: Emotional Abuse (EA), Physical Abuse (PA), Sexual Abuse (SA), Emotional Neglect (EN) and Physical Neglect (PN). If PCA failed to extract the same factors previously reported, Confirmatory Factor Analysis was also run using AMOS 6.0 software. The following criteria were used for evaluation: goodness-of-fit index (GFI), adjusted goodness-of-fit index (AGFI), Tucker-Lewis index (TLI), and comparative fit index (CFI). The following criteria were used to indicate goodness-of-fit for the models:  $GFI>0.85$ ,  $AGFI>0.80$ ,  $TLI>0.90$ ,  $CFI>0.90$  [25].

### *Optimal cut-off points for the CTQ and PBI according to ROC curve*

As mentioned above, since most of the PBI and CTQ scales are not normally distributed in our sample, and in order to facilitate interpretation, we decided to dichotomize the generated scores. However, as there were no cut-off points for the Brazilian population for both scales, ROC curves were used to maximize the accuracy of the cut-off point to predict risk factors for the presence or absence of PD in adulthood. The Youden's index  $J$  was used to define the optimal cut-off point for the continuous variables, and Area Under the Curve (AUC) was used to test their significance.

The best cut-off points for CTQ scales according to Youden's index were:  $\geq 8$  for EA (AUC=0.641;  $p < 0.001$ ),  $\geq 7$  for PA (AUC=0.603;  $p = 0.005$ ),  $\geq 7$  for SA (AUC=0.548;  $p = 0.190$ ),  $\geq 10$  for EN (AUC=0.647;  $p < 0.001$ ) and  $\geq 7$  for PN (AUC=0.579;  $p = 0.032$ ), all defined in risk factor direction. The best cut-off points for PBI scales were:  $\geq 6$  for MOP (AUC=0.625;  $p = 0.001$ ),  $\geq 9$  for MA (AUC=0.522;  $p = 0.569$ ),  $\geq 5$  for FOP (AUC=0.614;  $p = 0.003$ ) and  $\geq 10$  for FA (AUC=0.551;  $p = 0.181$ ), – defined in risk factors direction;  $\geq 10$  for FW (AUC=0.601;  $p = 0.007$ ) and  $\geq 18$  for MW (AUC =0.550;  $p = 0.189$ ) – defined in protection factors direction.

Since dichotomization reduces power to detect small differences between groups, for the variables with a non significant cut-off point according to AUC (an assumption to use Youden's index), Mann Whitney test was used to compare mean ranks between cases and controls.

## Results

### *Factorial Analysis*

For the PBI, as expected, the PCA extracted three factors with eigenvalue higher than the unity, explaining together 56% (for father) and 57% (for mother) of variance. Table 1 displays the items and factor loadings for the rotated factors, with loading less than .35 omitted to improve clarity. The extracted factors of our sample are very similar to Kendler's version of the PBI. Only item 9 ("Controlled Everything") could be better allocated in factor III instead of factor II of the Kendler's version. However, their correlation with the original factor (factor II) is also very high and very close to the correlation with factor III.

For the CTQ, also as expected, the PCA extracted five factors underlying the structure of this scale. After rotation, the first factor accounted for 17.1% of the variance, the second factor accounted for 15.5%, the third factor accounted for 13.6%, the fourth factor accounted for 9.9% and the fifth factor accounted for 6.1% of the variance, totalizing 62.3% of explanation. In spite of that, there were some differences between the extracted and the theoretical model for this scale, especially for physical abuse and physical neglect. Two items originally allocated in Physical Abuse were extracted in the Emotional Abuse factor and three items originally allocated in Physical Neglect were extracted in Emotional Neglect. Regarding these differences, CFA was performed to confirm the stability of the whole model and all criteria for goodness-of-fit were achieved: GFI=0.862, AGFI=0.830, TLI=0.908, CFI=0.920,  $\chi^2=507.49$ .

### *Association between PBI and CTQ scales*

The association between PBI and CTQ scales can be seen in Table 2. Overall, we can observe that warmth in mother and father is related to a decrease in the chance of several traumas and, conversely, overprotectiveness and authoritarianism increase the chance of traumas in childhood. Generally, we can also observe that warmth is inversely associated with overprotectiveness and authoritarianism, and protectiveness and authoritarianism are directly associated in the same caretaker, associating one caretaker's characteristics with another. Additionally, we can observe that subtypes of childhood traumas are highly associated among them.

### *Childhood maltreatment, Parentage and PD – univariate and multivariate*

For the whole sample, several variables were associated with PD with a p-value less than .1 and only MA was kept out of the model. In the multivariable model, three variables were independently associated with PD taking men and women together: MOP, OR=1.98 (95%CI 1.09 to 3.58; B=0.682, Wald=5.07, p=0.024); FOP, OR=1.84 (95%CI 1.03 to 3.29; B=0.608, Wald=4.19, p=0.041) from the PBI, and EA, OR=2.54 (95%CI 1.47 to 4.41; B=0.933, Wald=11.05, p=0.001) from the CTQ.

The univariate analysis between PD and controls stratified by gender can be seen in Table 3. For men, MOP and FOP from the PBI and EA from the CTQ were selected to enter in the multivariate logistic model, however only MOP remains independently associated with PD, OR=3.28 (95%CI 1.11 to 9.71; B=1.19, Wald=4.59, p=0.032). Alternatively for women, several variables were associated with PD with a p-value less than .1, and only MA was kept out of the

model. PBI scales FW, OR=0.48 (95%CI 0.24 to 0.96; B=-0.742, Wald=4.25, p=0.039) and FOP, OR=2.2 (95%CI 1.15 to 4.21; B=0.79, Wald=5.67, p=0.017) and the CTQ scale of EN, OR=2.56 (95%CI 1.32 to 4.93; B=0.94, Wald=7.82, p=0.005) remain significant after confounding control.

## **Discussion**

Our study suggests that PD patients reported their mothers and fathers significantly more overprotective than did the control group and corroborate previous studies that evaluated the relation between parental bonding and anxiety disorders [18-20, 35]. A study that was held in six European countries reported a parenting pattern comprising less parental warmth and maternal overprotection associated with different anxiety disorders [36]. Low parental care has been associated with PD in two other cultures [18, 19], but we were not able to replicate this association in our sample as in accordance to other sample [17]. Sociocultural idiosyncrasies could contribute to these differences. Additionally, we have to consider that the retrospective nature of these instruments resultant from this kind of studies represents the individual's interpretation of his/her childhood life. For instance, the concept of parenting viewed through retrospective instruments have been shown to be influenced by several factors, including cultural concepts about offspring rearing and temperamental aspects of the parents and child [26].

We also found differences between gender and parental styles. In adulthood, female PD patients described their fathers as significantly more overprotective and less warmth when compared to same sex controls. In contrast, male PD patients referred that their mothers were significantly more overprotective than controls. We believe that these findings could be interpreted in light of

Freud's theory about oedipal complex, in which the major anxious conflict is the castration complex. In males, the overprotection by their mothers, interpreted by an Oedipus's conquest, lead to guilty feelings. Regarding females, conquest and guilt were described together with less warmth and neglect. These factors can decrease the overprotection and confirm that their conquest was not completed. Busch's work explains an oedipal dynamic in PD in which the competition with the same sex parent is linked to angry preoedipal fantasies and associated fears of disruption in attachments. Discomfort with dependency or homosexual wishes can lead to a reactive state of aggressiveness and competitiveness. Thus, panic patients can view themselves defensively as aggressive oedipal contenders rather than as passive, fragile and castrated infants. However, the view of oneself as an aggressive oedipal contender feeds back in to the dangers of hurting important attachment objects. This fear of assertion leads to regression and to a helplessness and dependent state. The same author also points out to an important characteristic of panic patients, the ego weaknesses. Individuals with panic perceive themselves as incapable of handle developmentally normative tasks especially those involving separation and autonomy. This theory can be substantiated by our findings, since it's well known that overprotective parent creates a sense of incapability [37]. It is also important to emphasize that the relationship between parents and children are very ambivalent and could lead to different interpretation, considering the individual's history.

In the same way, Shear's psychodynamic model for PD involves the idea of an augmentation of inborn fear by frightening and over controlling parents, as described in our study, which predisposes to incomplete resolution of conflicts between dependence and independence [16]. The manifestations of this conflict

may vary into feelings of being alone and abandoned or trapped and suffocated, provoking the reaction of anger or guilt in situations interpreted as threatening separation or entrapment and the sexual excitement's perception that can also be interpreted considering the Oedipus complex as suggested by the results of our study. The negative affects (anxiety, guilt, shame) are threatening themselves, thus engendering superimposed anxiety. The anxiety enhances the intensity of the negative affect, and finally leads the person to avoid the affect and focus on somatic aspects [16]. In that way, from a psychodynamic perspective, panic symptoms are indicative of specific, intense unconscious conflicts that serve an important psychological purpose.

Our study also described interesting data about trauma in childhood. Despite other types of childhood trauma have been significantly related to PD in adulthood, only emotional abuse remain significant in the multivariate analysis, contrasting with previous studies [4, 11], which attribute to sexual and physical abuse the major responsibility for the pathogenesis of PD, with few researches about the role of emotional abuse. This finding could express the vulnerability of an individual previously to the traumatic event. It is known that the nature and intensity of the trauma has its role in the development of a disease, although a recent study has shown that the number of childhood trauma but not the nature has influence the onset of depression depending on the genetic background [38]. Other studies [8, 39] have also observed that emotional abuse in childhood and perception of controlling and noncaring parents had an indirect effect on adulthood psychopathology. In our sample, we also observed that overprotection and authoritarianism conferred higher chances to have childhood trauma, linking these two factors to PD.



When we compared all subtypes of trauma, we observed that having a particular kind of trauma increases the chance of suffering other types of trauma. This can represent a very dysfunctional familiar pattern, multi-traumatized. For example, when we detect the presence of emotional abuse, we also find significantly higher rates of physical abuse and emotional and physical neglect. In the same way, the presence of physical abuse was significantly associated with sexual abuse and emotional and physical neglect. These combinations of multiple severe traumatic events were confirmed by other studies in PD in current literature [12].

Surprisingly, we did not find a statistical significant relationship between sexual abuse in childhood and development of panic disorder. Perhaps, this can be due to low prevalence of sexual abused subjects in our sample. This finding contrasts with the results of the present literature. In addition, our study has some limitations. First, the case-control design and the retrospective instruments to assess childhood experiences limit some of our conclusions. Second, since the scales are only translated but not validated in Brazil, we have to establish some parameters (through ROC curves) to analyze data, consequently, it maximizes risk and overprotection, since it was made in the same sample. On the other hand, our study has the strength of using self-report instrument. Dill et al. [40] have shown that self-report instruments to evaluate childhood trauma are more likely to elicit truthful responses than clinical interviews.

In summary, our study suggested that higher rates of different types of trauma are described in PD patients as compared to controls. It also found some important differences between parental bonding and gender in PD. Female PD patients described their fathers as more overprotective and less warmth, while

male PD patients described their mothers as more overprotective as compared to a control group. These findings could be discussed according to Freud's theory about oedipal complex and psychodynamic models of anxiety disorder, particularly PD.

**Table 1.** Factor Loadings for the rotated factors for father and mother version of the PBI in the whole sample

Item summary	N <sup>o</sup>	Factor Loading <sup>a</sup>							
		Father's PBI (n=235)				Mother's PBI (n=245)			
		I	II	III	C	I	II	III	C
Smiled frequently	12	.827			.689	.758			.580
Did not talk much <sup>b</sup>	18	.777			.636	.740			.577
Spoke with friendly voice	1	.770			.651	.745			.560
Was emotionally distant <sup>b</sup>	4	.769			.595	.699			.496
Understood problems	5	.768			.617	.744			.595
Enjoyed talking	11	.761			.597	.767			.639
Made child feel better	17	.656			.454	.608			.396
Let child dress as she wanted <sup>b</sup>	25		.797		.669		.745		.568
Let child decide things for himself/herself <sup>b</sup>	15		.764		.633		.816		.691
Gave child much freedom <sup>b</sup>	21		.713		.555		.771		.617
Liked child to make own decisions <sup>b</sup>	7	-.361	.574		.472	-.356	.682		.639
Controlled everything	9		.427	.422	.436		.456	.388	.421
Babied child	13			.724	.533			.789	.651
Was overprotective	23			.667	.565			.658	.573
Did not want child to grow up	8			.586	.350			.715	.556
Made child dependent	19			.559	.500			.668	.573
% Variance		28.35	15.44	12.16		25.73	17.07	14.29	
Eigenvalues		4.93	2.55	1.47		4.79	2.65	1.689	

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. Loading <.35 were omitted.

Abbreviations: C, Communality; PBI, Parental Bonding Instrument

<sup>a</sup> Factor I = Warmth; Factor II = Authoritarianism; Factor III = Protectiveness

<sup>b</sup> Loading is reversed on this item for ease of comparability

**Table 2** Odds ratio between PBI and CTQ scales

		PBI						CTQ					
		Mother			Father			Abuse			Neglect		
		MW	MOP	MA	FW	FOP	FA	EA	PA	SA	EN	PN	
PBI	Mother	MW	1	0.48*	0.21**	1.58	0.45*	0.38*	0.26**	0.28**	0.78	0.16**	0.33**
		MOP	0.48*	1	3.42**	0.84	4.92**	1.26	1.75*	1.08	1.03	2.30*	1.63
		MA	0.21**	3.42**	1	0.88	2.95*	4.50**	1.40	2.47*	1.46	2.12*	1.61
	Father	FW	1.58	0.84	0.88	1	0.79	0.15**	0.33**	0.50*	0.81	0.33**	0.50*
		FOP	0.45*	4.92**	2.96*	0.79	1	5.02**	1.68	1.96*	1.20	2.05*	1.91*
		FA	0.38*	1.26	4.50**	0.15**	5.02**	1	2.59*	3.00*	1.38	1.31	1.85
CTQ	Abuse	EA						1	8.00**	1.88	6.13**	3.49**	
		PA						8.00**	1	4.00**	3.44**	4.06**	
		SA						1.88	4.00**	1	2.23*	2.41*	
	Neglect	EN						6.13**	3.44**	2.23*	1	6.85**	
		PN						3.49**	4.06**	2.41*	6.85**	1	

Note: Values present as OR.

Abbreviations: PBI, Parental Bonding Instrument; CTQ, Childhood Trauma Questionnaire; MW, Mother Warmth; MOP, Mother Overprotectiveness; MA, Mother Authoritarianism; FW, Father Warmth; FOP, Father Overprotectiveness; FA, Father Authoritarianism; EA, Emotional Abuse; PA, Physical Abuse; SA, Sexual Abuse; EN, Emotional Neglect; PN, Physical Neglect.

Statistics: Significance tested by Fisher Exact test.

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).

**Table 3** Univariate analysis comparing PBI and CTQ scales between cases and controls stratified by sex

			Men (n=72)				Women (n=174)			
			Controls N(%)	Cases N(%)	Statistic <sup>a</sup>		Controls N (%)	Cases N(%)	Statistic <sup>a</sup>	
					OR (95%CI)	p			OR (95%CI)	p
CTQ	Abuse	EA	11 (30.6)	20 (55.6)	2.81 (1.08 to 7.47)	<b>.056</b>	42 (48.3)	62 (71.3)	2.66 (1.42 to 4.97)	<b>.003</b>
		PA	11 (30.6)	17 (47.2)	2.03 (0.78 to 5.34)	.227	22 (25.3)	40 (46.0)	2.52 (1.32 to 4.78)	<b>.007</b>
		SA	5 (13.9)	7 (19.4)	1.50 (0.43 to 5.25)	.753	8 (9.2)	17 (19.5)	2.40 (0.98 to 5.90)	<b>.082</b>
		EN	14 (38.9)	21 (58.3)	2.2 (0.86 to 5.65)	.157	34 (39.1)	57 (65.5)	2.96 (1.60 to 5.49)	<b>.001</b>
		PN	10 (27.8)	17 (47.2)	2.33 (0.87 to 6.20)	.144	31 (35.6)	43 (49.4)	1.77 (0.96 to 3.24)	<b>.091</b>
PBI	Mother	MW	18 (50)	15 (41.7)	0.71 (0.28 to 1.81)	.318	40 (46.5)	25 (28.7)	0.46 (0.25 to 0.87)	<b>.019</b>
		MoP	7 (19.4)	17 (47.2)	3.71 (1.29 to 10.63)	<b>.023</b>	28 (32.6)	46 (52.9)	2.32 (1.25 to 4.31)	<b>.009</b>
		MA	3 (8.3)	6 (16.7)	2.2 (0.51 to 9.58)	.478	18 (20.9)	25 (28.7)	1.52 (0.76 to 3.06)	.292
	Father	FW	24(72.7)	21 (65.6)	0.72 (0.25 to 2.06)	.598	66 (77.6)	48 (65.5)	0.37 (0.19 to 0.73)	<b>.005</b>
		FoP	8 (24.2)	15 (46.9)	2.76 (0.96 to 7.93)	<b>.072</b>	32 (37.6)	50 (58.8)	2.37 (1.29 to 4.38)	<b>.009</b>
		FA	1 (3)	1 (3.1)	1.03 (0.06 to 17.24)	>.99	10 (11.8)	22 (25.9)	2.62 (1.16 to 5.94)	<b>.030</b>

Statistics: Fisher Exact test; OR, Odds ratio; 95%CI, 95% Confident Interval

Abbreviations: PBI, Parental Bonding Instrument; CTQ, Childhood Trauma Questionnaire; MW, Mother Warmth; MoP, Mother Overprotectiveness; MA, Mother Authoritarianism; FW, Father Warmth; FoP, Father Overprotectiveness; FA, Father Authoritarianism; EA, Emotional Abuse; PA, Physical Abuse; SA, Sexual Abuse; EN, Emotional Neglect; PN, Physical Neglect; CT, Childhood Trauma.

Mann Whitney test with the continuous variables reached very similar results to the dichotomized variables.

## References

1. Hettrema JM, et al. *The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women*. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(2):182-9.
2. Freud S. *Além do Princípio de Prazer*, in *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Imago Editora LTDA: Rio de Janeiro, 1920. p.13-85.
3. David D, Giron, A, Mellman TA. *Panic-phobic patients and developmental trauma*. J Clin Psychiatry 1995; 56(3):113-7.
4. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. *Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood*. Psychol Med, 2005; 35(6): 881-90.
5. Friedman S, et al. *The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients*. J Anxiety Disord 2002; 16(3): 259-72.
6. Arata CM, et al. *Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth*. Child Abuse Negl 2007; 31(4): 393-415.
7. Draijer N, Langeland W. *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. Am J Psychiatry 1999; 156(3): 379-85.
8. Spertus IL, et al. *Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice*. Child Abuse Negl 2003; 27(11): 1247-58.
9. Waldinger RJ, et al. *Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment*. Psychosom Med 2006; 68(1): 129-35.
10. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. *Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder*. Am J Psychiatry 2005; 162(5): 899-905.
11. Safren SA, et al. *History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder*. J Nerv Ment Dis 2002; 190(7): 453-6.
12. Bandelow B, et al., *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder*. Compr Psychiatry 2002; 43(4): 269-78.
13. Zlotnick C, et al. *Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample*. Compr Psychiatry 2008; 49(2): 163-9.
14. Bleichmar NB, Klein M. *Discussão e Comentários*, in *A Psicanálise Depois de Freud Teoria e Clínica*. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992. p. 115- 137.
15. Garland C. *Understanding Trauma: A Psychoanalytical Approach*. 2 ed ed. 2000; London: Karnac Books.
16. Shear MK, et al. *A psychodynamic model of panic disorder*. Am J Psychiatry 1993; 150(6): 859-66.
17. Silove D, et al. *Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder*. Br J Psychiatry 1991; 159: 835-41.
18. Faravelli C, et al. *Perception of early parenting in panic and agoraphobia*. Acta Psychiatr Scand 1991; 84(1): 6-8.

19. Wiborg IM, Dahl AA. *The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder*. Acta Psychiatr Scand 1997; 96(1): 58-63.
20. Favaretto E, Torresani S. *Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorder*. Epidemiol Psichiatr Soc 1997; 6(2): 124-38.
21. Pacchierotti C, et al. *Attachment and panic disorder*. Psychopathology 2002; 35(6): 347-54.
22. Amorim P. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais* in Revista Brasileira de Psiquiatria 2000; 106-115.
23. Wilhelm K, et al. *The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period*. Psychol Med 2005; 35(3): 387-93.
24. Parker G. *A Parental Bonding Instrument*. British Journal of Medical Psychology 1979; 52: 1-10.
25. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. *The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the National Comorbidity Survey*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35(8): 353-7.
26. Kendler KS. *Parenting: a genetic-epidemiologic perspective*. Am J Psychiatry 1996; 153(1): 11-20.
27. Hauck S, et al. *Adaptação Transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI)* Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2006; 28(2): 162-68.
28. Bernstein DP, et al. *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*. Am J Psychiatry 1994; 151(8): 1132-6.
29. Bernstein DP, et al. *Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(3): 340-8.
30. Bernstein DP, et al. *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. Child Abuse Negl 2003; 27(2): 169-90.
31. Paivio SC. *Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues*. Child Abuse Negl 2001; 25(8): 1053-68.
32. Paivio SC, Cramer KM. *Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample*. Child Abuse Negl 2004; 28(8): 889-904.
33. Grassi-Oliveira R, et al. *Tradução e Validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire*, in Revista de Saúde Pública 2006; 249-55.
34. Stein MB, et al. *Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample*. Am J Psychiatry 1996; 153(2): 275-7.
35. Turgeon L, et al. *Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia*. Acta Psychiatr Scand 2002; 105(4): 310-6.
36. Heider D, et al. *Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders : A study in six European countries*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43(4): 266-272.

37. Busch FN, et al. *Oedipal dynamics in panic disorder*. J Am Psychoanal Assoc, 1999; 47(3): 773-90.
38. Caspi A, et al. *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. Science 2003; 301(5631): 386-9.
39. Finzi-Dottan R, Karu T. *From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: a path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem*. J Nerv Ment Dis 2006; 194(8): 616-21.
40. Dill DL, et al. *The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats*. Compr Psychiatry 1991; 32(2): 166-9.



## 8.2 ARTIGO 2

# Overprotective mother modifies the effect of childhood maltreatment in panic disorder in women: an interaction study

**Authors: Ana Carolina Seganfredo,<sup>1</sup> Carolina Blaya,<sup>1</sup> Giovanni Abrahão Salum,<sup>1</sup> Mariana Torres,<sup>1</sup> Gisele Gus Manfro<sup>1,2\*</sup>**

*<sup>1</sup> Anxiety Disorders Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

*<sup>2</sup> Post-Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil*

\*Correspondence to: Gisele Gus Manfro

Luiz Manoel Gonzaga 630 / 11

90470-280. Porto Alegre – RS - Brazil

Tel/Fax: +55 51-33289234

E-mail : [gmanfro@portoweb.com.br](mailto:gmanfro@portoweb.com.br)

Artigo submetido para o jornal Child Abuse and Neglect (Fator de Impacto 1,506)

## **Abstract**

**Objective:** To evaluate the interaction between history of childhood trauma and parental bonding in adult female patients with panic disorder (PD).

**Methods:** A total of 87 female PD patients and 87 female controls paired by age and income were evaluated using a clinical interview and the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI). Childhood trauma was assessed using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and parental bonding was assessed using the Parental Bonding Instrument (PBI).

**Results:** Trauma in childhood (OR=2.30;  $p=0.043$ ) and overprotective mother (OR=2.32;  $p=0.009$ ) were associated with increased risk of female PD in adulthood. The interaction term between mother overprotection and trauma remained statistically significant in association with PD ( $p=0.025$ ). Among women with a non-overprotective mother, OR between trauma and PD was 4.40 (95%CI 1.50 to 12.90;  $p=0.006$ ). On the other hand, among women with an overprotective mother, OR between trauma and PD was 0.57 (95%CI 0.14 to 2.36;  $p=0.518$ ).

**Conclusions:** In our study, an overprotective mother could function as a “buffer” for a traumatic situation, trying to help subjects overcome this stressful event and avoiding PD in adulthood. More studies are needed to confirm this hypothesis.

**Practice Implications:** This study tries to elucidate more about the relation between traumatic situations, parenting and panic disorder in women.

## **Introduction**

Studies have shown that childhood trauma is associated with psychiatric disorders (Friedman et al., 2002; Kessler et al., 1997; Stein et al., 1996; Zlotnick et al., 2008). However, an important question regarding this topic is: why do not all individuals exposed to a childhood trauma become mentally ill? The attachment theory provides some clues to answer this question describing that dysfunctional interpersonal style in early childhood perpetuates vulnerability to affective disorders in patients who were maltreated in childhood (Bifulco et al., 2006). The perception of childhood experiences, including quality of parental attitudes and its relationship to psychiatric disorders, such as panic disorder (PD), have already been studied (Faravelli et al., 1991; Wiborg et al., 1997; Favaretto et al., 1997) and, in general, these authors have found a specific kind of parenting represented as less care and more protection by both parents compared to control subjects.

In addition to the parental bonding, several studies have investigated the relationship between different types of trauma during childhood and panic attacks or PD in adults (Kessler et al., 1997; Friedman et al., 2002; Zlotnick et al., 2008; Faravelli et al., 1985; Pollack et al., 1992; Young et al., 1997; Bandelow et al., 2002). Some authors have suggested that a potentially traumatic event experienced in childhood is associated with a greater degree of psychopathology as compared to trauma first experienced in adulthood (Zlotnick et al., 2008). Following the same line of investigation, Stein et al. have found higher childhood physical and sexual abuse in anxiety disorder patients as compared to controls. Sexual abuse frequency was higher among women who developed PD (60%) than among women with other anxiety disorders in adulthood (30.8%) (Stein et al., 1996). Goodwin et al. (2005) have confirmed the results of previous researches

regarding the fact that exposure to childhood physical abuse and childhood sexual abuse increases risk of later panic attacks. Bandelow et al. (2002) have also supported the idea that traumatic events during childhood or unfavorable parental attitudes may be associated with later development of anxiety disorders like PD. Nevertheless, it seems that gender has a moderator effect in the relation between childhood trauma and psychiatric disorder: females with childhood trauma were more likely to have PD, agoraphobia and any psychiatric disorder as compared to males with childhood trauma (Stein et al., 1996; Zlotnick et al., 2008).

Although dysfunctional parental bonding and childhood maltreatment have already been proved to be independent risk factors for the development of PD in adulthood, little is known about the co-occurring effects of both trauma and parental bonding. The finding that not all children who are exposed to trauma develop PD has caused increasing interest and research into the factors that may protect against the adverse consequences of childhood maltreatment. Among these factors, it seems of high importance the mediating role of parental attitudes toward the traumatized children.

Few authors have studied the potential mitigating role in negative outcomes of parental bonding in traumatized children (Bifulco et al., 2006; Aspelmeier et al., 2007; Rikhye et al., 2008; Beatson et al., 2003; Waldinger et al., 2006), especially regarding PD (Bandelow et al., 2002). To our knowledge, no study has evaluated the interaction between childhood trauma and parental bonding in PD patients using validated scales. The aim of this study is to investigate if there is any parenting style capable of modifying the effect of childhood trauma in adulthood PD. Since childhood trauma prevalence (Kessler et al., 1997; Zlotnick et al., 2008)

and consequence (Arata et al., 2007; Stein et al., 1996; Zlotnick et al., 2008) differ according to gender, this study was restricted to female patients with PD.

## **Method**

### *Subjects*

This is a case-control study paired 1:1 by age and income. The final sample comprised 87 female patients and 87 female controls. Patients and controls provided informed consent, and the study was approved by our Institutional Review Board from Hospital de Clínicas de Porto Alegre (number 06-124).

Female patients with PD (age between 18 and 63 years old, mean age=37.3, SD=10.90) have participated in psychopharmacology clinical trials or Cognitive Behavior Therapy Groups in the Anxiety Disorders Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Patients with primary diagnosis of PD with or without agoraphobia, according to the DSM-IV diagnostic criteria, and at least 18 years old were eligible for the study. Exclusion criteria included mental retardation, dementia or other organic brain syndrome, psychotic disorders and disabling chronic disease. Patients with comorbidities common to PD were included in the study provided that the symptoms were not clinically more prominent than the PD symptoms. Since the sample was enrolled in different symptomatic status, PD patients could be currently symptomatic or in remission. The control group was composed of HCPA employees who did not meet criteria for any psychiatric disorder (87 women, age between 18 and 60 years old, mean age=37.2, SD=11.10).

## *Measures*

*Diagnostic.* Trained psychiatrists and psychologists evaluated the subjects using a clinical interview and the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) - Brazilian version (Amorim, 2000). Sociodemographic data and clinical history were assessed using a semi-structured interview.

*Parental Bonding Instrument.* A self-report questionnaire called Parental Bonding Instrument (PBI) was used to get close to the subjective experience of being parented to the age of 16 years. The original construct created by Parker et al. assesses two main components (care and overprotectiveness) (Parker, 1979). PBI scores have been shown to remain stable over time, to be independent of current mood state, to reflect how others rate the parent-child relationship and to be sensitive to cultural variances (Wilhelm et al., 2005). Seganfredo et al. have shown, following Cox et al. (2000), that the model proposed by Kendler with a 16-item version of the PBI showed excellent fit to the data in a PD patient sample (Kendler, 1996). This model, used by us, includes three domains: warmth, overprotection (originally called protection by Kendler) and authoritarianism. The warmth factor includes seven items reflecting the warmth and lovingness of the parent-child relationship. The overprotection factor includes five items and represents the parental style of overprotection and control. The authoritarianism factor includes four items and represents the parental style that discouraged autonomy and independence (Kendler, 1996). Each item must be rated from 0 to 3, according to the intensity with which the individual parent resembles a given behavior. This questionnaire has already been translated to Brazilian Portuguese (Hauck et al., 2006).

*Childhood Trauma Questionnaire*. The initial CTQ is a 70-item self-report scale that was developed to show reliable and valid retrospective assessment of child abuse and neglect. Its items ask about experiences in childhood and adolescence and are rated on a 5-point Likert-type scale, indicating the frequency with which a specific incident occurred, with answers ranging from Never True to Very Often True (Bernstein et al., 1994; 1997).

Bernstein et al. have created a short version of CTQ, in which each type of maltreatment is represented by five items to provide adequate reliability and content coverage while substantially reducing the overall number of items in the scale, making it easier and quicker. The 28-item short version form of the scale has already shown its coherence and viability, including the invariance of its factor structures across diverse populations and its criterion-related validity in adolescent psychiatric populations (Bernstein et al., 2003; Paivio & Cramer, 2004). The CTQ has five clinical scales: physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect and emotional neglect. Physical abuse represents bodily injuries on a child by an older person. Sexual abuse refers to sexual contact between a child and an older person, something forced. Emotional abuse represents verbal assaults on a child, any humiliating or threatening behavior by an older person toward a child. Physical neglect represents the incapacity to provide basic physical needs including food, shelter, and safety. Finally, emotional neglect represents caretaker's incapacity to provide basic psychological and emotional needs as love, encouragement, and support. (Bernstein et al., 2003; Paivio & Cramer, 2004). It has been proved that the CTQ seemed to be stable over time, even after six-month therapy for resolving child abuse issues, despite reductions in general symptoms, increased self-esteem and resolution of abuse issues (Paivio, 2001),

and it proved to have internal consistency for adult and adolescent samples (Bernstein et al., 2003; Paivio & Cramer, 2004). Seganfredo et al. have shown, using a Principal Components Analysis, that this five-scale structure of the CTQ fits well to a sample with PD. We used this brief form of the CTQ, which was translated and validated to Portuguese, named QUESI (*Questionário sobre Traumas na Infância*) (Grassi-Oliveira, 2006).

### *Statistical Analysis*

Normal distribution and sphericity were assessed previously to any statistical analysis with Kolmogorov-Smirnov test and Levene's test. Data are presented as count (percent). Since the majority of the CTQ and PBI scales are not normally distributed and data transformation (logarithmic, inverse, etc.) did not solve this problem, we decided to dichotomize the PBI and CTQ variables. The dichotomization process based on ROC curves in order to maximize prediction of childhood trauma and parental bonding regarding PD and the respective cut-off points can be seen elsewhere (Seganfredo et al.). Additionally, since CTQ scales measure different dimensions of the same construct (i.e., trauma in the childhood) and they were moderately to highly correlated ( $r_s > 0.4$ ), we combined the significant predictors of the CTQ into one variable named childhood trauma (CT), which represents a risk score in any of five significant scales of the CTQ in order to avoid multiple testing.

Interaction between childhood trauma and parental bonding in PD in adulthood was tested using multivariable logistic regression models. We have tested CT with all subtypes of parenting separately, including each model of the following variables: CT, "parenting style" and their interaction term (CT\*parenting



style). In order to facilitate interpretation, stratified analysis was used to present the data.

All tests were two-tailed and performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 14.0. The level of significance adopted is  $\alpha=0.05$  and 95%CI.

## **Results**

Sixty-two (71.3%) of the controls and 74 (85.1%) of the patients showed some type of trauma in childhood that can increase the chance of PD in adulthood, OR=2.30 (95%CI 1.08 to 4.86;  $p=0.043$ ), according to cut-off points determined by ROC curves proposed by Seganfredo et al. Regarding mother overprotection (MOP), 28 (32.6%) of the controls and 46 (52.9%) of the patients classified their mothers as overprotective, OR=2.32 (95%CI 1.25 to 4.31;  $p=0.009$ ) also according to ROC curves regarding cut-off points representing the increase of risk of PD in adulthood.

No interaction was found between CT and parental authoritarianism, warmth and father overprotection. Only the MOP interaction model remained statistically significant in association with PD, in which the following factors were included: MOP ( $p=0.003$ ), CT ( $p=0.007$ ) and their interaction term ( $p=0.025$ ). Therefore, CT was associated with PD only in the absence of MOP. Among women with a non-overprotective mother, OR between CT and PD was 4.40 (95%CI 1.50 to 12.90;  $p=0.006$ ). On the other hand, among women with an overprotective mother, OR between CT and PD was 0.57 (95%CI 0.14 to 2.36;  $p=0.518$ ). Conversely, we could observe that MOP was associated with PD only in the absence of CT. Among non-traumatized women, OR between MOP and PD

was 11.73 (95%CI 2.27 to 60.75;  $p=0.003$ ). Among traumatized women, OR between MOP and PD was 1.52 (95%CI 0.77 to 3.01;  $p=0.298$ ).

## **Discussion**

Our study shows a high rate of childhood trauma in both patients (85.1%) and controls (71.3%). However we highlight that this finding cannot be used as a prevalence rate, since these proportions were generated by a ROC curve with the objective of predicting PD and not trauma itself. Therefore, we can only assume that our sample shows high rates of scores that exceed the cut-off points known to be the best predictor of PD in adulthood because the PD risk cut-off points were low. Thus, these findings demonstrated that it is not only the severe trauma that is associated with psychiatric morbidity in adulthood, since the best cut-off point was not an elevated score in the CTQ. Spertus et al. (2003) have suggested that a mild traumatic event could also represent a risk for developing emotional and physical symptoms in adulthood. Additionally, studies have demonstrated high rates of childhood trauma evaluated using different instruments in many different cultures (Kessler et al., 1997; Zlotnick et al., 2008; Goodwin et al., 2005; Arata et al., 2007). Initially, these studies have focused on assessing physical and sexual abuse, but as time went by, the importance of emotional abuse and neglect was also considered, resulting in the evaluation of the effect of multi-type of maltreatment (Arata et al., 2007). We should also consider that our sample is composed only of female patients and rates of trauma are usually higher among women (Edwards et al., 2003; Stein et al., 1996; Thombs et al., 2006).

Studies have systematically found association between overprotective parents (Faravelli et al., 1991; Wiborg et al., 1997; Silove et al., 1991) and PD and

childhood trauma and PD (Kessler et al., 1997; Friedman et al., 2002; Safren et al., 2002; David et al., 1995; Horesh et al., 1997) although few studies have evaluated the interaction between these two factors and PD. In our study, we found that, among women exposed to a traumatic situation and who have an overprotective mother, there is no association between the traumatic situation in childhood and PD in adulthood. On the other hand, women with a non-overprotective mother who were exposed to a traumatic situation in childhood are at increased risk of having PD in adulthood. It seems that MOP acts as a “buffer”, which could help one to deal with a traumatic event when he/she is surrounded by a protective attitude. Although the traumatized subjects also perceived their mothers as overprotective, this attitude did not increase the chance of panic and, instead, it worked as a protective factor. On the other hand, when there is no trauma in childhood, the mother’s overprotective behavior could inhibit autonomy and independence. Consequently, MOP has a contradictory role: it protects traumatized children against PD and is a risk factor for non-traumatized children.

We should also note that CT and MOP are independently associated with PD in adulthood. We hypothesize that a mother that overprotected her children did not allow them to be exposed to different environmental situations. Consequently, these children did not learn how to deal with life stressors in adulthood, but this could not be interpreted as a trauma. However, childhood exposition to mild trauma increases the chance of anxious psychopathology, and an overprotective mother could play an adaptative role, since she could prevent the re-exposition to other traumatic situations because of her overprotectiveness.

Previous studies have also found an interaction between parental attachment and trauma in other psychiatric disorders, which leads to the thought

that this interaction should be involved in the development of psychiatric illness. Aspelmeier et al. (2007) have found that higher levels of secure peer attachment were associated with lower levels of trauma-related dysphoria symptoms among childhood sexual abuse survivors. This study suggested that secure attachment protects at least partially against the negative effect of childhood sexual abuse (Aspelmeier et al., 2007). Waldinger et al. (2006) have studied the impact of early trauma causing dysfunctional models of attachment to parental figures. The fearful attachment mediated the link between childhood trauma and somatization for women, but not for men (Waldinger et al., 2006). Bifulco et al. (2006) have investigated the mediating role of attachment in the effect of childhood neglect and abuse to the development of anxiety and major depression in a female sample. They have found that fearful and angry-dismissive attachment style showed partially mediate relationship between childhood adversity and anxiety or depression. Although they have used a different method to evaluate attachment, this study showed an interaction between parental bonding and trauma in anxiety disorders (Bandelow et al., 2002). Rikhye et al. (2008), while studying the interplay between childhood maltreatment, parental bonding gender effects and its impact on quality of life, have shown that the severity of depressive symptoms and the quality of paternal care are better predictors of quality of life than childhood maltreatment itself.

Some limitations of the present study are the difficulty to confirm the real cause-effect relation between trauma, parenting and PD in a cross-sectional study. Also, our population consisted only of females of a clinical setting diagnosed with one type of psychiatric disorder and, thus, we could not generalize our findings to other mental diseases. Besides, retrospective instruments to assess childhood

experiences limit some of our conclusions and, since the scales are only translated and not validated in Brazil, we had to establish some parameters through ROC curves in order to analyze data.

In short, female patients exposed to a traumatic situation who have an overprotective mother did not have increased chance of PD in adulthood. It can be suggested that the fact that an overprotective mother could “buffer” the traumatic situation and try to help subjects overcome this stressful event may be preventing re-exposition. However, female patients without a traumatic situation and in the presence of an overprotective mother had increased chance of PD. It also adds to the importance of mothers moderate their protection according to the needs of their child, depending on the environmental insults. Further studies are needed to confirm these findings.

## References

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 393-415.
- Aspelmeier, J. E., Elliott, A. N., & Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: the moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 549-566.
- Bandelow, B., Spath, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and

- birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 269-278.
- Beatson, J. & Taryan S. (2003). *Predisposition to depression: the role of attachment*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37(2), 219-225.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796-805.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2000). The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the National Comorbidity Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(8), 353-357.

- David, D., A. Giron, & Mellman T. A. (1995). Panic-phobic patients and developmental trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(3), 113-117.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Faravelli, C., Panichi C, Pallanti S, Paterniti S, Grecu LM & Riveil S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(1), 6-8.
- Faravelli, C. (1985). Life events preceding the onset of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 9(1), 103-105.
- Favaretto, E. & Torresani S. (1997). Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiologia and Psichiatria Sociale*, 6(2), 124-138.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R., & Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 259-272.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35(6), 881-890.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., & Pezzi, J.C. (2006). Tradução e Validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40, 249-255.

- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijnik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. (2006). Adaptação Transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI) *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(2), 162-168.
- Horesh, N., Amir, N., Kedem, P., Goldberger, Y., & Kotler, M. (1997). Life events in childhood, adolescence and adulthood and the relationship to panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 373-378.
- Kendler, K. S. (1996). Parenting: a genetic-epidemiologic perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 153(1), 11-20.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101-1119.
- Paivio, S. C. (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1053-1068.
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 889-904.
- Parker, G. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1-10.
- Pollack, M.H., Otto, M.W., Rosebaum, J.F., & Sachs, G.S. (1992). *Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity*. *Compr Psychiatry*, 33(2), 78-83.



- Rikhye, K., Tyrka, A. R., Kelly, M. M., Gagne, G. G., Jr., Mello, A. F., Mello, M. F., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 19-34.
- Safren, S.A., Marzol, P., Gershuny, B.S., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 453-456.
- Seganfredo, A.C., Blaya, C., Salum, G.A., Torres, M., Acosta, J., Eizirik, C., & Manfro, G.G. Childhood Maltreatment, Parenting and Panic Disorder (PD): an oedipal hypothesis to explain PD in men and women. Unpublished.
- Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., & Blaszczyński, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 835-841.
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligans, S., & Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247-1258.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., & Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 275-277.
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Ziegelstein, R. C., Scher, C. D., Forde, D. R., Walker, E. A., & Stein, M. B. (2006). An evaluation of screening questions

- for childhood abuse in 2 community samples: implications for clinical practice. *Archives of Internal Medicine*, 166(18), 2020-2026.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129-135.
- Wiborg, I.M., & Dahl, A. A. (1997). The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 58-63.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine*, 35(3), 387-393.
- Young, E.A., Abelson, J.L., Curtis, G.C., & Nesse, R.M. (1997). Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 5(2), 66-72.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 163-169.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com TP apresentaram pais e mães significativamente mais superprotetores, comparados ao grupo controle, sem patologia psiquiátrica.

Foram encontradas diferenças entre os gêneros e estilo de parentagem. Mulheres com TP reportaram seus pais mais superprotetores e menos amorosos comparados aos controles de mesmo sexo. Homens com TP reportaram suas mães mais superprotetoras comparados aos controles do mesmo sexo.

Em relação ao trauma, foi encontrada maior presença de abuso emocional nos pacientes com TP comparados ao grupo controle sem patologia psiquiátrica.

Foi encontrada uma diferença entre os gêneros e o tipo de trauma. Em mulheres com TP apresentaram maior prevalência de negligência emocional comparados ao grupo controle do mesmo sexo.

O estudo de interação sugeriu que mulheres com mães superprotetoras têm um papel de tamponar o efeito do trauma, ou seja, diminuir a chance de apresentar TP na vida adulta.

Mulheres com mães superprotetoras, quando não apresentavam situações traumáticas na infância, tinham uma maior chance de apresentar TP na vida adulta.

## 10 ANEXOS

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as questões dos vínculos parentais com os pais e situações traumáticas em pacientes com Transtorno do Pânico. Para participar da pesquisa você será convidado a responder perguntas e escalas sobre características do seu jeito de ser, da relação com seus pais, sintomas do transtorno de pânico, sintomas de ansiedade, depressão atual e trauma na infância e adolescência.

A avaliação constará de entrevista, no início do estudo, de cerca de uma hora e avaliações nas semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12. Para o tratamento da síndrome do pânico você receberá tratamento medicamentoso com ISRS ou IRSN em uma dose inicial mínima, que será ajustada conforme sua necessidade.

Os efeitos colaterais dessas medicações podem ser: boca seca, diarreia, dor de cabeça, insônia, disfunção sexual e ansiedade na fase inicial. Estes efeitos serão avaliados e manejados pelos responsáveis pelo projeto. Em qualquer momento, o tratamento poderá ser descontinuado se estes efeitos forem intoleráveis, sem prejuízo no seguimento de seu tratamento.

Eu, ....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

O(a) pesquisador(a) ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

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

Assinatura do paciente: .....

Assinatura do pesquisador: .....

Contato com pesquisador: Ana Carolina Seganfredo – Fone: 210 18272 –  
Ambulatório HCPA – Zona 7

Pesquisador responsável: Dra. Gisele Gus Manfro

ANEXO B



**PROJETO:**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Dra. Gisele Gus Manfro

**LOCAL DE REALIZAÇÃO:** Serviço de Psiquiatria  
Programa de Atendimento dos Transtornos de  
Ansiedade

**PROTOCOLO DE PESQUISA**

**PACIENTE**

NOME COMPLETO:

\_\_\_\_\_

**ENDEREÇO**

\_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ TELEFONE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
TELEFONE COMERCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
TELEFONE P/ RECADOS (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DATA DA PRIMEIRA ENTREVISTA:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (entrada no estudo)

**DATA DA ÚLTIMA ENTREVISTA:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

PRONTUÁRIO

\_\_\_\_\_

PROTOCOLO

Número \_\_\_\_\_

<b>Dados Demográficos</b>							
<b>1. Nome:</b> _____				<b>2. Sexo:</b> Masculino(1); Feminino(2)			
<b>3. Data de Nascimento:</b> ____/____/____				<b>4. Idade:</b> ____ anos			
<b>5. Nível Educacional</b>							
(1) Fundamental Incompleto		(2) Fundamental Completo		(3) Médio Incompleto			
(4) Médio Completo		(5) Superior Incompleto		(6) Superior Completo			
(7) Pós-graduação		(8) Outros (Especificar: _____)					
<b>6. Anos completos de estudo</b> (desprezar repetências): ____ anos							
<b>Dados Étnicos</b>							
<b>7. Cor da Pele Declarada</b>							
(1) Branca		(2) Negra		(3) Ameríndia		(4) Mestiça	(5) Amarela
<b>8. Feições étnicas</b> (pesquisador)							
(1) Caucasiana		(2) Indígena		(3) Afro-descendente		(4) Oriental	(5) Não sabe
<b>9. Origem étnica</b> (aproximação)							
Materna		♀ (1) Caucasiana; (2) Indígena; (3) Afro-descendente; (4) Oriental; (5) Não sabe					
		♂ (1) Caucasiana; (2) Indígena; (3) Afro-descendente; (4) Oriental; (5) Não sabe					
Paterna		♀ (1) Caucasiana; (2) Indígena; (3) Afro-descendente; (4) Oriental; (5) Não sabe					
		♂ (1) Caucasiana; (2) Indígena; (3) Afro-descendente; (4) Oriental; (5) Não sabe					
<b>Perfil Socioeconômico</b>							
<b>10. Procedência:</b>							
(1) POA		(2) G. POA		(3) Interior		(4) Outros estados	(5) Estrangeiro
<b>11. Situação Conjugal atual</b>							
(1) Solteiro		(2) Casado/Marital		(3) Separado ou Divorciado		(4) Viúvo	
<b>12. Com quem vive atualmente</b>							
(1) Sozinho		(2) c/ pais		(3) c/ cônjuge		(4) c/ filhos	(5) c/ família
(6) Instituição		(7) Outro (Especificar: _____)					
<b>13. Ocupação</b>							
(1) Estudante		(2) Empregado		(3) Com ocupação			
(4) Desempregado		(5) Do lar		(6) Auxílio doença			
(7) Aposentadoria p/ Invalidez		(8) Aposentadoria por tempo de serviço					
(9) Outro (Especificar: _____)							
<b>14. Renda individual:</b> _____ salários mínimos (R\$ _____)							
<b>15. Renda familiar:</b> _____ salários mínimos (R\$ _____)							
<b>16. Classe Sócio-Econômica (IBGE)</b>							
(1) Classe A: 35 ou + pontos		(2) Classe B: 21-34 ponto		(3) Classe C: 10-20 pontos			
(1) Classe D: 5-9 pontos		(2) Classe E: 0-4 pontos		(3) Classe C: 10-20 pontos			
Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2
<b>1.1.1 Instrução do chefe da família</b>						<b>1.1.1.1.1 Pontos</b>	
Analfabeto/ Ensino fundamental incompleto						0	
Ensino fundamental completo						1	
Ensino médio incompleto						3	
Ensino médio completo/ Ensino superior incompleto						5	
Ensino superior completo						10	



<b>Dados Clínicos</b>			
<b>17. Idade de início dos sintomas (aproximadamente):</b> _____ anos			
<b>18. Primeiro ataque</b>			
(1) Espontâneo	(2) Situacional	(3) Não sabe	(4) Não tem
<b>19. Associação de fator estressor e início da doença</b>			
(1) Sim	(2) Não	(3) Não lembra	
<b>20. Qual a natureza desse estressor:</b>			
(1) Trabalho (mudança de trabalho, dificuldade com a chefia, perda de emprego, reconhecimento profissional)			
(2) Perda do suporte social (morte de alguém da família, morte de um amigo, morte de um cônjuge)			
(3) Família (doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família)			
(4) Mudanças no ambiente (mudança na escola, mudança de casa, mudança do número de pessoas morando na casa)			
(5) Dificuldades pessoais (problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais, mudanças de atividades sociais, mudanças recreativas, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais, aposentadoria)			
(6) Finanças (perdas financeiras, dívidas)			
(7) Não teve			
<b>21. Transtorno Psiquiátrico Prévio (descartar TP):</b> 1(Sim); 2(Não). <b>Qual?</b> _____			
<b>22. Tratamento?</b> (0) Nenhum; (1)ATD; (2)BZD; (3)TRI; (4)PSIC; (5)Psicoterapia			
<b>22. Tratamento Psiquiátrico Prévio para TP:</b> 0(Não)			
(1) Medicação. Se sim, qual?		(2) ATD; (3)BZD; (4)TRI	
Se ATD, por qto tempo?		Qual dose?	Pq parou?
(5) Terapia Cognitiva; (6)Psicoterapia Psicodinâmica; (7) Não sabe ao certo			
<b>24. Algum tipo de doença física:</b> 1(Sim); 2(Não)			
<b>25. Qual?</b> _____			

<b>História Familiar de Doença Psiquiátrica (registrar no diagrama)</b>		
<b>26. Avaliação de problemas psiquiátricos mais comuns (qualquer momento da vida)</b>		
(1) Medicação Psiquiátrica	(2) Consultas c/ Psiquiatra	(3) Consultas c/ Psicólogo
(4) Tentativa de Suicídio	(5) Suicídio	(6) Comportamento Violento
(7) Gastos Excessivos	(8) Problemas com álcool	(9) Problemas com drogas
(10) Internação Psiquiátrica		

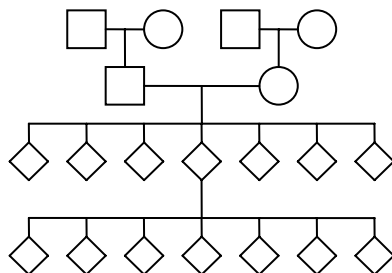
Familiar em 1º Grau: ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_  
 Familiar em 2º Grau: ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_  
 1º grau: (M) = Mãe; (P)=Pai; (F)=Filho; 2º grau: (A)=Avô/Avó; (T)=Tio/Tia; (Pr)=Primo/Prima

<b>27. Diagnósticos</b>		
(1) Depressão mod-grave	(2) Distimia	(3) T.H. Bipolar
(4) Esquizofrenia	(5) TDAH	(6) TOC
(7) TAG	(8) TEPT	(9) Fobia Social
(10) Síndrome Psicótica	(11) Anorexia Nervosa	(12) Bulimia Nervosa
(13) Agorafobia	(14) Transtorno do Pânico	

Familiar em 1º Grau: ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_  
 Familiar em 2º Grau: ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_

Heredograma para Transtorno do Pânico

Heredograma para Transtorno Psiquiátrico



## ANEXO C

### PBI MÃE PARENTAL BONDING INSTRUMENT

**INSTRUÇÕES:** Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos seus pais. Você deverá colocar uma marca no parêntese mais apropriado de cada questão, pensando, primeiro, na forma que você lembra seu mãe, até a idade de 16 anos

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

## PBI PAI PARENTAL BONDING INSTRUMENT

**INSTRUÇÕES:** Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos seus pais. Você deverá colocar uma marca no parêntese mais apropriado de cada questão, pensando, primeiro, na forma que você lembra seu pai, até a idade de 16 anos

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

## QUESI – Questionário sobre Traumas na Infância

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	●	●	●	●	●
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	●	●	●	●	●
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”	●	●	●	●	●
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da minha família.	●	●	●	●	●
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	●	●	●	●	●
6. Eu tive que usar roupas sujas.	●	●	●	●	●
7. Eu me senti amado(a).	●	●	●	●	●
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	●	●	●	●	●
9. Eu apanhei tanto de alguém da família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	●	●	●	●	●
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	●	●	●	●	●
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	●	●	●	●	●
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.	●	●	●	●	●
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	●	●	●	●	●
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam	●	●	●	●	●
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	●	●	●	●	●

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
16. Eu tive uma ótima infância.	●	●	●	●	●
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	●	●	●	●	●
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	●	●	●	●	●
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	●	●	●	●	●
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	●	●	●	●	●
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	●	●	●	●	●
22. Eu tive a melhor família do mundo.	●	●	●	●	●
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	●	●	●	●	●
24. Alguém me molestou.	●	●	●	●	●
25. Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	●	●	●	●	●
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	●	●	●	●	●
27. Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente.	●	●	●	●	●
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio	●	●	●	●	●