

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



Andressa Mueller

Avaliação dos mecanismos de ruminação em pacientes com disforia de gênero

Porto Alegre, 2016

Andressa Mueller



Avaliação dos mecanismos de ruminação em pacientes com disforia de gênero

Dissertação para obtenção do grau de Mestre apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Rodrigues Lobato

Porto Alegre, 2016.

CIP - Catalogação na Publicação

Mueller, Andressa

Avaliação dos mecanismos de ruminação em pacientes com disforia de gênero / Andressa Mueller. -- 2016.
102 f.

Orientadora: Maria Inês Rodrigues Lobato.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Ruminação. 2. Research Domain Criteria (RDoC). 3. Disforia de Gênero. 4. Transexualismo. 5. Saúde mental. I. Lobato, Maria Inês Rodrigues, orient. II. Título.

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

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação, em primeiro lugar, ao meu noivo Jeferson de Moraes Jacques que esteve presente em todos os momentos me ofertando suporte e amor.

Em segundo lugar, dedico a minha mãe, Marlene Morbach por ter me apoiado desde muito cedo o meu desejo e tomada de decisões.

Em terceiro lugar, a minha irmã, que tanto amo, Sílvia de Macedo Menna Barreto.

Em quarto lugar, as minhas ex-colegas e, agora amigas, com quem pude experienciar o amor e o respeito do exercício delicioso de, simplesmente ser, o que se é.

Em quinto, mas não menos importante, dedico essa dissertação a todos os meus professores, desde o ensino fundamental, Kátia Nunes, Mariane B.Kogler, Regina Carvalho Porto; Janaina Matos, Sergio Mittmann Dos Santos e Dulcina Schievelbein. Às minhas professoras da graduação em psicologia: Rosana Cecchini de Castro (que me ensinou o exercício do amor e do querer bem) e Luciana Castoldi, por acreditar em mim, em minhas habilidades.

E, com muito carinho, dedico essa dissertação a todas as pessoas transexuais, que lutam, dia a dia para legitimar, das mais diversas formas, a consolidação da identidade tão hostilizada pela sociedade.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, com todo o estoque de gratidão de que disponho, à professora Maria Inês Rodrigues Lobato que me concedeu essa oportunidade. Nunca vou conseguir lhe agradecer pelo tanto que fizeste por mim!

Agradeço aos meus colegas de pesquisa, por serem tão continentais em momentos de extrema dificuldade. Ângelo Brandelli Costa, Maiko Abel Schneider, Karine Schwarz e Anna Martha Vaites Fontanari serei eternamente grata por tudo que representam para mim.

Agradeço, igualmente, Bianca Machado Borba Soll e Dhiordan Cardoso da Silva não só pelos conhecimentos partilhados, mas sobretudo, pelas trocas afetivas.

Agradeço a CAPES-PROEX pelo incentivo com a concessão de recursos públicos para a realização dessa pesquisa e ao HCPA-FIPE pelo financiamento de cada material utilizado.

RESUMO

A Ruminação tem sido um importante campo de investigação para estudar os mecanismos cognitivos e alteração dos estados emocionais associados ao processo do desenvolvimento de condições de saúde mental. A presente dissertação, cujo relatório de pesquisa deriva nessa produção, busca elucidar as relações entre ruminação e disforia de gênero. Dessa forma, a dissertação apresentará dois estudos de delineamento transversal que, no entanto, sofrem adaptações na disposição dos indivíduos da amostra para testar hipóteses específicas. Em ambos os estudos foram recrutadas 39 mulheres transexuais, no período de 2014 a 2015, que atenderam aos critérios do DSM 5 para diagnóstico de Disforia de Gênero (DG). O primeiro estudo teve como objetivo analisar os níveis de ruminação em pacientes com disforia de gênero antes e depois da Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS), o que contribui com a literatura que investiga marcadores de desfecho positivo para CRS. O primeiro subgrupo (T0) foi constituído por participantes com diagnósticos confirmados para DG e com, no máximo, um ano de acompanhamento em grupoterapia. O T1, por pacientes que atenderam os pré-requisitos em relação à frequência aos atendimentos dos grupos psicoterapêuticos de, no mínimo, um ano, e no máximo dois anos, sem contra-indicação para realização da CRS. E o T2, constituído por pacientes pós-cirúrgicos em um período superior a seis meses. O segundo estudo teve como objetivo tanto analisar a relação entre abuso emocional na infância e ruminação em mulheres transexuais quanto identificar, entre os indivíduos da amostra, quais ruminam em nível p[baixo] = (33) ≤ 18 e p[alto] = (67) ≥ 23 . Essa classificação entre dois subtipos do pensamento ruminativo pode elucidar diferenças entre os fatores protetivos e os desfechos nocivos na saúde mental e física dessa população. No primeiro estudo, a ruminação diminuiu entre os pacientes no T2 e os escores em ruminação foram ainda gradualmente menores a cada procedimento realizado nas características sexuais secundárias por pacientes deste grupo. Esse achado contribui para pesquisas do paradigma Research Domain Criteria (RDoC), que almeja demonstrar marcadores psicológicos para condições de saúde mental. Nesse caso, a ruminação parece se mostrar como um marcador importante para o desfecho positivo em pacientes com disforia de gênero pós-CRS. No segundo estudo, nosso principal achado reside na prevalência em até 15 vezes (IC95%: 2,25-99,63) de maior chance para engajamento em ruminação elevada ou comportamento disfórico entre os indivíduos que foram expostos ao abuso emocional, sobretudo, entre aqueles que o vivenciaram no intervalo da tipologia que variou de moderado – grave a grave – extremo se comparado aos indivíduos com gravidade entre mínimo a

moderado na escala *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). O abuso emocional está relacionado com engajamento em ruminação, sobretudo, ao subtipo elevada, o que contribui para aumento em comportamentos disfóricos, e ao estar associado à desregulação da emoção, que contribui para os desfechos nocivos na saúde física e mental desta população.

Palavras Chaves: Ruminação, RDoC, Disforia de Gênero, Transexualismo, Abuso Emocional

ABSTRACT

The Rumination has recently become an important field of study to better understand cognitive mechanisms and emotional status associated to the development of mental health conditions. The current work aims to shine a light upon the relation between rumination and gender dysphoria (GD). In this sense, this work presents two cross-sectional studies, each testing two specific hypotheses. Therefore, they have suffered adaptations in the disposition of the sample. In both studies, 39 transexual women, who fulfilled the DSM 5 diagnostic criteria for GD, were recruited within the years of 2014 and 2015. The first study aimed to analyse how much GD patients have rumination processes before and after sex reassignment surgery (SRS), which contributes to the body of literature seeking for positive outcome markers for SRS. The first group (T0) was made of participants who had a confirmed DG diagnostic and participated of group therapy for up to one year (between 0 and 12 months). The second group (T1) was composed by participants who had a confirmed DG diagnostic and attended from one up to two years of group therapy and had no contraindications for SRS. The third group (T2) was comprised of patients who have gone through SRS surgery at least six months prior to the data collection. The second study aimed to analyse the relation between emotional abuse during childhood and rumination in transexual women and to identify, amongst sample individuals, those who ruminate at a low or high levels. This classification into two subsets of ruminative thinking might clarify differences between protective factors and poor mental and physical health outcomes in this specific population. In the first study, patients of the T2 group ruminate significantly less than their counterparts; moreover, scores of the ruminative thinking process seems to fall gradually with each alteration in the secondary sex characteristics. This finding contributes to the researches of the Research Domain Criteria (RDoC) paradigm, which seeks to find physiological markers for mental health conditions. In this case, rumination seems to be an important marker for positive outcomes in post-SRS GD patients. In the second study, the main result is the higher (up to 15 fold) prevalence for likeliness to engage in high level of ruminative thinking or dysphoric behaviour amongst the individuals who were exposed to emotional abuse. Above all, the engagement in ruminative thinking process is even higher amongst those who lived through emotional abuse in the moderated - severe and the severe - extreme categories of the *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) scale than those in the light - moderate category. Emotional abuse is related to ruminative engagement, specially to the high level subtype of

rumination. This contributes to the increase in dysphoric behaviours and to the bad health and mental outcomes in this population, probably associated with emotional dysregulation.

Keywords: Rumination, RDoC, Gender Dysphoria, Transsexualism, Emotional Abuse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CTQ	<i>CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE</i>
DSM	<i>DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EFN	ESCALA FATORIAL DE NEUROTICISMO
FtH/ MtF	<i>FEMALE-to-MALE/ MALE-to-FEMALE</i>
MpH /HpM	MULHER PARA HOMEM / HOMEM PARA MULHER
GD/DG	<i>GENDER DYSPHORIA/ DISFORIA DE GÊNERO</i>
GPPG	GRUPO DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO
GRRS	<i>GENDER IDENTITY REFLECTION AND RUMINATION SCALE</i>
HCPA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
HHA	SISTEMA HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-ADRENAL
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
MINI	<i>MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW</i>
PROTIG	PROGRAMA DE IDENTIDADE DE GÊNERO
SRS/CRS	<i>SEX-REASSIGNMENT SURGERY/</i> CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL
RDoC	<i>RESEARCH DOMAIN CRITERIA</i>
RSQ	<i>RESPONSE STYLES QUESTIONNAIRE</i>
TPB	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE
WAIS	<i>WESCHLER ADULT INTELLIGENCE SCALE</i>

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	13
2.1 DISFORIA DE GÊNERO.....	13
2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
2.3 ASPECTOS ETIOLÓGICOS	15
2.4 DISFORIA DE GÊNERO E VULNERABILIDADES	15
2.5 RUMINAÇÃO E REFLEXÃO.....	18
2.6 RUMINAÇÃO E PSICOPATOLOGIAS	19
2.7 RUMINAÇÃO E DISFORIA DE GÊNERO.....	22
3. JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO.....	26
4. OBJETIVO.....	27
4.1 OBJETIVO GERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5. MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO	28
5.1 ARTIGO SUBMETIDO AO JOURNAL ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR	28
5.2 ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB).....	52
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
8. ANEXOS.....	93

1. APRESENTAÇÃO

Desde 1998, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, opera uma equipe multidisciplinar, constituída por especialidades médicas (ginecologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia plástica e psiquiatria), fonoaudiologia, comitê de bioética, serviço social e psicologia. Essa equipe denomina-se como Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) e oferece aos pacientes suporte psicossocial, assistência médica, orientação familiar e realiza cirurgia de redesignação sexual (CRS), quando indicada. O programa tem realizado, além da assistência multidisciplinar, pesquisas que visam a uma compreensão do tema através de estudos que abordam aspectos diagnósticos, clínicos, etiológicos e prognósticos, incluindo áreas psicossociais e, predominantemente, biológicas.

Neste estudo, contudo, contamos com uma importante parceria através do projeto de doutorado “Avaliação dos mecanismos de ruminação nos Transtornos Mentais: abordagem RDoC (Research Domain Criteria)” de Érico de Moura Silveira Júnior e sua orientadora Prof^a Dr^a. Marcia Kauer-Sant’Anna. Os autores, entre algumas de suas finalidades, buscam fatores que possam desempenhar um papel comum na etiologia da doença mental. Atualmente, percebe-se dificuldades em transpor os múltiplos achados das pesquisas básicas para a prática clínica, devido à multiplicidade de diagnósticos existentes, com uma grande presença de comorbidades e bases neurobiológicas e comportamentais compartilhadas por transtornos distintos.

A presente dissertação de mestrado cujo título “Avaliação dos mecanismos de ruminação em pacientes com disforia de gênero” está cadastrada no Grupo de Pesquisa e Pós – graduação (GPPG) sob o número 140243 e foi aprovado em 02 de Maio de 2014 e apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em março de 2016. O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

- a. Introdução (revisão da literatura, justificativa e objetivos)
- b. Artigo I e II
- c. Conclusões e Considerações Finais.
- d. Referências Bibliográficas.

2. INTRODUÇÃO

Há controvérsias no emprego terminológico (nomenclatura) para representar por meio de um conceito e, conseqüentemente, de significado, a experiência atrelada à incongruência entre identidade de gênero e o sexo designado ao nascimento. Essas diferenças expressam um território “biopolítico” em torno do qual se discute a condição do fenômeno entre o campo patológico e a despatologização, defendida por ativistas dos direitos humanos e pesquisadores militantes. Como este estudo visa a observar relações médicas, os termos em relação à condição transexual adotados para tratar nessa dissertação serão transexualismo e, mais recentemente, disforia de gênero.

2.1 DISFORIA DE GÊNERO

O termo Transexualismo foi cunhado por Harry Benjamin (1) em 1966, no livro *The Transsexual Phenomenon*. Algumas definições do fenômeno transexual, definidas pelo autor, incluem a questão da cirurgia de redesignação sexual como um desejo inerente a todos (as) os (as) transexuais. Benjamin vai mais além, colocando esse desejo pela cirurgia como um dos critérios para definir um (a) transexual. Na década de oitenta, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-3) utilizou o termo Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), única e exclusivamente centrado no desejo de viver pelo menos dois anos como membro de outro gênero (2).

Tendo como base a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde (CID 10), e a versão revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), respectivamente publicados em 1993 e 1994, o Transtorno de Identidade de Gênero é caracterizado pelo:

Desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido. (CID 10) (3)

No DSM-IV-TR, o TIG está inserido em meio às Desordens de Identidade de Gênero e Sexual, juntamente com Disfunções Sexuais e Parafilias (4). Os critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV-TR demandam a existência concomitante da identificação com o gênero oposto e do desejo de pertencer a outro sexo, diferente daquele instituído ao nascimento (4). Para obtenção do diagnóstico, pelo menos dois dos critérios abaixo deve estar

presentes:

A. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto).

B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.

C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

(DSM-IV-TR) (4)

No DSM-5, lançado em 2013, a Disforia de Gênero (DG) recebe um capítulo próprio, separada das Disfunções Sexuais (5). Para o diagnóstico em adolescentes e em adultos, o sujeito deve apresentar significativa incongruência entre seu gênero expresso e seu sexo de nascimento durante, pelo menos, seis meses (5). Tal incongruência poderá manifestar-se pelo desejo de modificação do seu gênero e de suas características sexuais tanto primárias quanto secundárias (5). Entretanto, não deve revelar-se necessariamente dessa maneira: há a possibilidade de o indivíduo desejar fazer parte de um gênero alternativo ao designado pelo seu sexo de nascimento (5). Logo, o movimento de equivaler o gênero expresso ao sexo de nascimento, outrora essencial ao diagnóstico, assume papel secundário (5). Assim, a condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dados epidemiológicos sobre o DG são difíceis de serem obtidos, dadas suas características idiossincráticas envolvendo preconceitos e inserção social, e por ser uma entidade nosológica rara de difícil diagnóstico. Estima-se a prevalência entre 1:37.000 a 1:100.000 em homens (HpM) - transexuais homem para mulher -, e entre 1:103.000 a 1:400.000 em mulheres (MpH) - transexuais mulher para homem. A grande variabilidade das estimativas de prevalência deve-se a muitos fatores, abrangendo problemas diagnósticos, características transculturais e disponibilidade de serviços especializados. Em nosso meio, especificamente o estado do Rio Grande do Sul - dados IBGE 2000 - estima-se entre 1: 35.000 a 1: 50.000 em homens e entre 1: 200.000 a 1: 1.000.000 em mulheres. Além disso, não há qualquer estimativa de prevalência mundial do transtorno, bem como estudos

confirmando metodologicamente as variações e pesquisas enfocando a razão para variabilidade entre países e regiões (*grifo do grupo de pesquisa*).

2.3 ASPECTOS ETIOLÓGICOS

Variações de comportamento no campo sexual não são exclusivas à idade adulta ou à adolescência. Connellan *et al.* (6), ao constatar que recém nascidos do sexo feminino preferem olhar faces humanas, enquanto os de sexo masculino escolhem objetos mecânicos, evidenciam que diferenças no comportamento sexual são expressas mesmo em recém-nascidos (6). A escolha entre a referência à figura humana e a referência ao mecânico, respectivamente bonecas e carros como brinquedos, parece sustentar-se em estruturas genéticas, pois também estão presentes em outros primatas (7, 8).

Hines (8), por exemplo, elucida uma informação relevante quando trata de dois períodos intrauterinos diferenciados, entre os quais, referente aos dois primeiros meses deste, a presença da testosterona determina a formação genital masculina, enquanto a ausência dela, o órgão feminino. Discute, em seu artigo, sobretudo, que durante a gestação o estrogênio geralmente não define o desenvolvimento tipicamente feminino, já a testosterona sim, relacionando níveis de exposição a desfecho de comportamento e estrutura cerebral masculinos (8). A diferenciação cerebral vai ocorrer depois, na segunda metade da gestação, e também depende do fator hormonal. Tal diferença na época de formação destes dois fatores possibilita que eles sejam afetados de forma independente, o que pode ocasionar a transexualidade (9-11). Mesmo com alguns estudos demonstrando considerações relevantes como acima citados, a etiologia acerca do fenômeno da disforia de gênero ainda segue inconclusiva.

Traumas durante a infância também estão associados ao desenvolvimento de diversos transtornos mentais (12). Eventos estressores sabidamente aumentam a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), culminando com maior secreção de cortisol (13). A exposição prolongada ou inadequada a cortisol pode ser um fator de vulnerabilidade para doenças, entre elas comportamento sexual atípico na infância. (14).

2.4 DISFORIA DE GÊNERO E VULNERABILIDADES

A grande parte de pessoas transexuais relata o início da tomada de consciência da discrepância entre sua identidade de gênero e seu sexo atribuído ao nascimento através da observação na dinâmica social em que se inserem, sendo o contexto familiar e escolar os mais relevantes. É sabido que, nestes contextos, indivíduos transexuais sofrem graves reações de hostilidade – estas com o intuito de adequar a identidade de gênero com o sexo designado ao

nascer– e, sobretudo, exclusão, por apresentarem comportamentos tidos como inadequados e impróprios. Dessa forma, em idades precoces, em torno dos 3 - 5 anos, indivíduos transexuais experimentam sentimentos de ansiedade e depressão, os quais potencializam o desenvolvimento da estrutura de personalidade de forma a comprometê-las (15-18).

Estas graves reações de hostilidade as quais pessoas transexuais são expostas desde a infância, nos espaços por onde se socializam, são usualmente descritas como maus-tratos; e estes têm sido relatados na literatura como todas as formas de violência física e /ou emocional, como por exemplo: abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outras formas de explorações contra crianças por meio da qual resulta em dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência e desenvolvimento da criança ou, ainda, em danos em relações as quais ela necessite ser cuidada por um responsável que mantenha com a criança uma relação de confiança.

Quatro tipos de maus-tratos são comumente reconhecidos na literatura: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional (também referida como abuso psicológico) e negligência (19). A relação entre o abuso sexual de crianças e conseqüências psicológicas adversas na fase adulta já é bem estabelecida na literatura acadêmica (20-22). Ao examinar determinados tipos de maus-tratos na infância, os pesquisadores têm historicamente focado mais no abuso físico e sexual e investido menos na atenção para o abuso emocional (23).

Abusos emocionais e psicológicos são os mais relatados na infância por pessoas transexuais. Essas formas de violência se caracterizam como um padrão de falha, ao longo do tempo, por parte dos pais e/ ou cuidadores para proporcionar tanto um ambiente adequado ao desenvolvimento integral da criança quanto ao suporte às necessidades dela para se desenvolver adequadamente. Ter tido experiência de privação se torna um risco de alta probabilidade de danos à saúde física ou mental da criança ou danos em demais outros aspectos do desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social da criança. Abuso deste tipo inclui os seguintes padrões de acordo com a adaptação feita do trabalho de Butchart *et al.* (32):

a) a limitação com relação à interação e motivação para atuar no ambiente (desencorajamento à espontaneidade);

b) padrões de menosprezo: culpabilização, ameaças, amedrontamento, discriminação ou ridicularização,

c) outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil.

O estudo de revisão sistemática e de metanálise de Norman *et al.* (19), no qual avaliou as consequências para a saúde, em longo prazo, de crianças abusadas física, emocional e negligentemente, demonstra que a exposição a estes maus-tratos na infância, na população em geral, esteve associada a sintomas depressivos, abuso de álcool, ansiedade, tentativa e/ou ideação suicida e comportamentos desadaptativos, como risco aumentado não só para comportamento sexual de risco como, sobretudo, de contaminação do vírus HIV e outras infecções (24-30).

No estudo de Crow *et al.* (23) o abuso emocional na infância, em indivíduos da população em geral, foi moderadamente correlacionada com os sintomas de depressão e desregulação da emoção na vida adulta. Além disso, o abuso emocional foi mais fortemente correlacionado com estas variáveis no desfecho do que outros tipos de trauma na infância. Kuo *et al.* (31) demonstra a relação entre frequência de abuso emocional na infância, na população em geral, com severidade e gravidade nos traços de personalidade *Borderline*. O papel das dificuldades com regulação emocional¹ sugere, com este estudo, que as dificuldades com a regulação emocional é provavelmente específica para abuso emocional, ao invés de outras formas de abusos.

Como muitos países não apresentam sistema unificado para notificação, e, tendo em vista que a definição de maus-tratos varia de acordo com a região estudada, a prevalência de maus-tratos na infância não é acurada (32). Igualmente é muito escasso, se não inexistente, o conhecimento da relação entre maus-tratos na infância e disforia de gênero. No entanto, tendo em vista os eventos traumáticos pelos quais passam desde a infância, sobretudo estigma, preconceito e discriminação favorecem a inserção a um ambiente hostil, o que contribui para desfechos negativos na saúde mental de pessoas transexuais. Em relação ao diversos desfechos negativos encontrados na revisão da literatura a partir de experiência de abuso emocional, Lobato *et al.* (33) reitera desfechos entre os quais é possível verificar extrema vulnerabilidade em pessoas transexuais, sobretudo, quanto ao diagnóstico psiquiátrico comórbido, em eixo I e eixo II. A maior prevalência de transtorno de eixo I comórbido é de

¹ Dificuldades com a regulação emocional apresentado no estudo de Kuo *et al.* (31) que melhor define desregulação da emoção, estão entre elas, a não aceitação das emoções negativas, dificuldades em controlar comportamentos impulsivos, ao experimentar emoções negativas, e acesso limitado a estratégias de *coping*.

depressão, como na população em geral. Já em eixo II, há um leve aumento da prevalência de transtorno de personalidade *Borderline*, quando comparados com a população em geral.

2.5 RUMINAÇÃO E REFLEXÃO

Uma das características peculiares da espécie humana é a capacidade de refletir sobre si mesmo. Em um tempo relativamente significativo, o ser humano empreende uma quantidade de sua atenção dirigida a aspectos do seu próprio eu: desde formulações de pensamentos ou sentimentos – simples ou mais complexos – até a percepção do corpo, na sua aparência ou reações fisiológicas. Contudo, é sabido que, em geral, todas as pessoas refletem de algum modo sobre si mesmas. O que modifica de um indivíduo para outro decorre do grau de frequência com que se envolvem nessa atividade, bem como o foco eleito como relevante. Algumas pessoas tendem a focar os aspectos agradáveis das experiências pessoais. Outros, os desagradáveis (34).

A partir da década de 70, a psicologia dedicou-se com estudos empíricos às diferenças individuais no modo de dirigir a atenção sobre si mesmo com relação a diversas características comportamentais. Em um estudo de Fenigstein, Scheier e Buss (35), verificou-se a elaboração de uma Escala de Autoconsciência (EAC). Inicialmente, os autores tinham como sinônimo de autoconsciência um traço de personalidade, cuja disposição, razoavelmente estável e trans-situacional, os indivíduos teriam que dirigir, em maior ou menor grau, o foco da atenção sobre si mesmo. Com auxílio de técnicas de análise fatorial, os referidos autores acima elegeram três categorias para a autoconsciência: “ansiedade social”, “autoconsciência pública” e “autoconsciência privada”. Esta última trata da tendência dos indivíduos a dirigir atenção a seus pensamentos, sentimentos e fantasias, ou seja, aspectos de si mesmos que não são acessíveis diretamente pelos outros (35).

Esta categoria da autoconsciência privada é o tópico que mais tem recebido destaque na literatura, já que demonstrou correlações importantes como, por exemplo, estar positivamente associada a pensamentos reflexivos, automonitoração e emocionalidade, e negativamente com autoestima (36). Demais estudos relacionaram associações da autoconsciência privada com neuroticismo e indicadores de psicopatologias e depressão (37-39).

Pesquisadores como Burnkrant e Page (40) ampliaram a literatura com duas subdimensões subjacentes à autoconsciência privada, definidas como: autorreflexão e

consciência de estados internos. Essa subdivisão pode ampliar a unidirecionalidade do instrumento e, através desse entendimento, perceber que há uma relação significativa da autorreflexão com efeitos psicológicos negativos (como depressão e baixa autoestima), enquanto a consciência de estados internos - relação à consciência de sentimentos ou sensações físicas - não apresenta esse tipo de relação (37, 41).

Os resultados que se mostram inconsistentes através da utilização da escala de autoconsciência privada indicam que esse instrumento apresenta imprecisão na operacionalização do construto. Ben-Artzi (42) alega falhas na forma como estão redigidos os itens do construto. Da mesma forma, outros grupos de pesquisadores questionam a Escala de Autoconsciência de Frenigstein *et al.* (35), como Trapnell e Campbell (43), uma vez que apontam que a escala não diferencia aspectos motivacionais que podem estar envolvidos com a autoconsciência, o que coloca em questão tanto aspectos de caráter neurótico (como a ansiedade), quanto por necessidades mais puramente epistêmicas (curiosidade). Em virtude desse importante marcador teórico na compreensão da autoconsciência privada é que surgem dois possíveis elementos: ruminação² e reflexão. Sendo que o item ruminação é o foco nesta dissertação.

2.6 RUMINAÇÃO E PSICOPATOLOGIAS

A ruminação vem sendo objeto de estudo como um fator relacionado às psicopatologias há pelo menos três décadas. A maioria absoluta dos estudos foi realizada com amostras de pacientes deprimidos. Ruminação tem sido descrita por meio da forma como os pensamentos autocentrados se apresentam involuntária e persistentemente (44).

A ruminação está associada à persistência do humor negativo. Ao mesmo tempo, estresse ou eventos adversos da vida ativam crenças negativas de si mesmo que podem aparecer através da ruminação. Esta, por sua vez, pode ser um gatilho para disparar o humor depressivo e, conseqüentemente, a síndrome depressiva (45). Habilidades reguladoras limitadas podem prejudicar a capacidade do indivíduo de se envolver na resolução de problemas ou enfrentamento ativo e aumentar a probabilidade de envolvimento em ruminação. De fato, vários estudos têm mostrado que estratégias ativas de enfrentamento, tais como resoluções de problemas, são negativamente correlacionados com ruminação (46).

² De acordo com Zanon (95) “a ruminação pode estar presente em todas as pessoas em algum grau, nem toda ruminação é igualmente disfuncional. A literatura aponta evidências de que a ruminação é prejudicial quando associada a tendências disfóricas (mau humor, tristeza, neuroticismo e desmotivação.” (p.173-74) Na presente dissertação tomar-se-á o conceito de ruminação ou pensamento ruminativo enquanto comportamento disfórico.

O estudo sobre ruminação vem evidenciando-a na literatura científica como um possível marcador de doenças mentais e desordens emocionais. Já se tem evidências entre a relação de ruminação com depressão, episódios de depressão maior (45, 47-50). Também se encontra estudos associando-a com ansiedade (51), ansiedade social (52), transtorno de ansiedade generalizada (50-53), trauma, transtornos relacionados ao estresse e ideação suicida (50, 54) e altos níveis de ruminação estão associados com baixa autoestima (55). Em um estudo com adultos, constatou-se que ruminação prediz aumentos no consumo excessivo de álcool e/ou sintomas de abuso de álcool ao longo do tempo (56).

Um estudo entre adolescentes e jovens revela que a exposição para eventos estressantes da vida, autorrelatados, esteve associado longitudinalmente com o aumento da disposição a engajar-se a uma atividade ruminante. Os autores inferem que é possível que a ruminação represente o mecanismo pelo qual se dá a relação entre exposição ao estresse e o início da psicopatologia de internalização, baseado nos achados de que tanto a ruminação quanto eventos traumáticos na infância predizem início de depressão e ansiedade (57). Na mesma direção de raciocínio, o estudo de Nolen-Hoeksema e Girgus (58) enfatiza que eventos de vida nos quais se vivenciou experiências traumáticas durante a adolescência predizem aumento de sintomas de ansiedade em adolescentes e, sobretudo, iniciar e manter a atividade ruminante.

Abuso emocional na infância foi relacionado com a ruminação e esta, como um mediador parcial entre depressão e abuso emocional (59). O papel da ruminação como um mediador da relação entre maus-tratos na infância e depressão são reafirmados em sua legitimidade e, com isto, além de reiterá-los em consistência, mais recentemente, a proposta em distingui-las entre os diferentes subtipos ou formas de ruminação, evidenciando-a estar relacionada mais ao subtipo disfórico do que ao subtipo reflexivo (60).

Um fator que pode aumentar engajamento em ruminação é a experiência de estresse, isto é, circunstâncias sociais e ambientais que necessitam de adaptação psicológica e fisiológica pelo organismo ao longo do tempo (61). O processo de stress envolve uma interação dinâmica entre o ambiente e o organismo, que muda ao longo do tempo, em resposta aos desafios externos, percepções desses desafios, e os recursos de enfrentamento que são ativados seguidamente às transformações provenientes das tensões ambientais e sociais (61). Modelos conceituais sobre a etiologia da ruminação argumentam que a experiência de eventos estressantes de vida podem levar à ruminação.

Teorias de controle (62, 63) fornecem a mais assertiva explicação sobre como experiências estressantes podem levar ao engajamento da ruminação (64). Eventos negativos podem criar discrepâncias entre demandas ou estados desejados com a realidade atual desfavorecida, e levar à ruminação, a fim de reduzir tais discrepâncias (62, 63). Em um estudo cuja amostra de indivíduos que relataram experiências de enfrentamento de estressores relacionados ao estigma de raça ou orientação sexual, envolvimento em ruminação foi maior nos dias em que estressores relacionados ao estigma foram experimentados (65). O estresse também pode induzir a ruminação, debilitando a autorregulação, ou a capacidade de se envolver sobre o autocontrole do comportamento (66, 67). Uma variedade de outros mecanismos cognitivos também pode aumentar a probabilidade de ruminação seguida por eventos estressantes da vida, incluindo a atenção para pensamentos e sentimentos negativos, memória autobiográfica prévia para eventos negativos e ativação do autoesquema negativo (68, 69).

A teoria psicobiológica de depressão fornece um adicional quadro conceitual que liga experiências de estresse, particularmente estressores interpessoais, relacionando rejeição social ao engajamento em ruminação (70). Eventos como experiências de rejeição social, provocam um padrão cognitivo coordenado em respostas emocionais, e neurobiológicas, que culminam em um maior risco de depressão (71). Em particular, já se tem conhecimento que exposição a estressores como a rejeição social ativa regiões do córtex pré-frontal, especialmente, o córtex cingulado anterior dorsal e ventral, e desempenham, respectivamente, a atenção seletiva para reconhecimento de conflitos e consciência emocional e regulação da emoção (71-75), que são ativados durante a autorreflexão (76). Assim, as regiões do cérebro que são sensíveis a estressores sociais como a rejeição, também são centralmente envolvidas no núcleo de autorreflexão, processo que fundamenta a ruminação, sugerindo um potencial mecanismo neurobiológico ligando fatores estressantes interpessoais a um maior engajamento na ruminação.

Há pouca evidência em estudos neurobiológicos a respeito da ruminação. Encontramos na literatura uma série de achados neurobiológicos nos diversos transtornos mentais. Destacam-se os estudos de neuroimagem, sendo as principais áreas com alterações funcionais, em pacientes bipolares, as regiões do córtex pré-frontal (medial, dorso-lateral, cingulado anterior, orbital) e a amígdala, áreas responsáveis pelo controle das emoções e execução (45). Todas estas áreas também estão alteradas nos estudos de associação entre

ruminação e neuroimagem (50) em acordo com a hipótese de que a disfunção executiva pode subjazer a tendência a ruminar em pacientes bipolares (45).

Outro elemento de relevância nos estudos sobre ruminação recai sobre a teoria de estilos de respostas que elucida uma explicação ao processo de responder à angústia, que envolve ficar focado nos sintomas da angústia e sobre as possíveis causas e consequências destes sintomas repetida e passivamente (50). Os autores afirmam que a ruminação pode aumentar e prolongar a angústia através de um mecanismo de retroalimentação, particularmente depressão, a exemplo de aumento do pensamento negativo, falha no processo metacognitivo e enfraquecimento do suporte social (50).

No intuito de ilustrar a teoria de Estilo de Resposta, sendo a ruminação um complexo processo de responder a angustia, um estudo mostrou estilos cognitivos mal adaptativos, como, por exemplo, o estudo realizado entre adolescentes do sexo feminino, com altos scores de ruminação, revelou que, entre elas, houve uma maior propensão para o desencadeamento não só depressão, mas também de sintomas de abuso de álcool; e elas também eram mais propensas a preencher os critérios para diagnóstico de comportamento alcoolista durante um período de quatro anos. Meninas adolescentes propensas a ruminar também estiveram mais propensas a desenvolver sintomas de bulimia nervosa, especialmente compulsão alimentar, ao longo do seguimento dos quatro anos de estudo (77). É importante notar que a ruminação não se associou a mudanças nos sintomas de externalização (por exemplo, agressividade e delinquência) nessas meninas, fornecendo evidências da especificidade da ruminação em predizer sintomas de internalização e comportamentos escapistas /substitutivos (50). Para esse grupo de pesquisa, uma hipótese sugerida ganha notoriedade: algumas pessoas se engajam em um comportamento autodestrutivo com intuito de “calar” as ruminações - exceto no comportamento suicida (50).

2.7 RUMINAÇÃO E DISFORIA DE GÊNERO

O Processamento da elaboração da identidade de pessoas transexuais, segundo Bauerband e Galupo (78), precisa ser compreendido por diferentes estágios, se comparado ao processamento realizado entre a população de lésbicas, gays e bissexuais. De acordo com Rosario, Schrimshaw, Hunter e Braun (98), o processo da elaboração da identidade, na qual se empreende a atenção autocentrada, estaria mais inclinada para esta população, cujo pensamento volta-se para a forma em como lidar mais especificamente com a orientação sexual; contrapondo-se à realidade de pessoas transexuais, em que há frequentemente necessidade de revelação da condição transexual tanto para fins tratamentos de saúde quanto a

inserção no trabalho, como um fator de maior vulnerabilidade, aumentando o risco de discriminação (99, 100).

Tal premissa sustenta as ideias de Fraser (80), que discutem o fato de que as pessoas transexuais vivenciam processos do desenvolvimento da identidade de forma mais complexa, já que o processamento da consolidação da identidade transexual demanda não só a necessidade de adaptação com a nova identidade desejada; mas, sobretudo, com a adaptação na forma em socializá-la. Dessa forma, Bauerband e Galupo (78) sugerem uma importante relação por meio da qual há disposição aumentada na vigilância sobre comportamento de gênero e de apresentação, especialmente na forma como aquele gênero é interpretado pelos outros com ruminância (81).

O estudo de Bauerband e Galupo (78) foi o primeiro e único estudo que se propôs a investigar ruminância e aspectos da reflexão no processamento da elaboração da identidade entre pessoas com experiências de variação de gênero, contrapondo-se ao paradigma binário e normativo de gênero. O objetivo deste estudo foi desenvolver uma escala para mensurar especificamente a ruminância no contexto do desenvolvimento da identidade de gênero. Atualmente, a maioria das pesquisas que buscam compreender esta associação entre ruminância e estresse de minorias tem se focado mais entre indivíduos da população de Lésbica, Gays e Bissexuais (LGB). Há uma clara necessidade de estruturar uma unidade de medida específica que possa capturar o teor do conteúdo ruminativo com o processamento da identidade estigmatizada. Efetivamente, ruminância em pessoas com variação de gênero exige uma medida que capta experiência e conteúdo únicos por trás de pensamentos das pessoas com variação de gênero sobre a forma como refletem sobre suas identidades de gênero.

Para desenvolver a escala “*Gender Identity Reflection and Rumination Scale (GRRS)*” foi necessário utilizar três escalas para considerar a sua característica multidimensional que seleciona diferentes aspectos da ruminância no processamento da identidade de gênero: *Ruminative Responses Scale (RRS)* (79) e *Rumination and Reflection Questionnaire (RRQ)* (43), e a *Dimensions of Identity Development Scale* (97). Além das escalas, foram considerados os elementos da revisão da literatura sobre orientação sexual e identidade de gênero e experiências de estresse de minorias para capturar pensamentos mais consistentemente.

O objetivo do primeiro estudo foi desenvolver e analisar as propriedades psicométricas da versão original de 46 itens da GRRS e reduzi-los para 15, contendo cinco itens em cada

fator. Uma análise fatorial exploratória, utilizando um método de rotação oblíqua, após o teste scree plot, determinou que uma solução de três fatores fosse adequada. Os fatores representados na solução foram reflexão sobre identidade de gênero, ruminação sobre identidade de gênero, e a preocupação com a percepção dos outros. Ao todo, os itens reflexão, ruminação e preocupação com a percepção dos outros com respectivos valores 0,48, 0,61, 0,32 ou superiores, na versão reduzida, demonstraram que 55,9% da variância foram contabilizadas pelos três fatores. O fator Ruminação foi responsável por 35,3%, preocupação com a percepção dos outros representaram para 10,4% e Reflexão representaram 9,9%.

Dessa forma, a primeira constatação é a de que a escala (GRRS) captura três aspectos únicos do processamento da elaboração da identidade de gênero ruminativa: reflexão, ruminação e preocupação com a percepção dos outros. Uma entre as considerações de limitação nesse momento do estudo foi que recursos qualitativos deflagraram que determinado número de participantes considerou irrelevantes certos itens, pois já não fazia sentido para eles respondê-los. (considera-se importante ler o artigo de Bauerband e Galupo, 2014 para melhor compreensão).

O objetivo do segundo estudo foi estabelecer as propriedades psicométricas da escala GRRS com os 15 itens, e começar a estabelecer confiabilidade e validade externa da GRRS. A confiabilidade da consistência interna para o GRRS foi avaliada por meio do alfa de Cronbach, $\alpha = 0,89$. As subescalas do GRRS demonstraram confiabilidade satisfatória (Reflexão, $\alpha = 0,76$; Ruminação, $\alpha = 0,83$; A preocupação com a percepção dos outros, $\alpha = 0,83$). Como esperado, houve um tamanho de médio a grande efeito entre as medidas da GRRS e medidas de estigma e congruência em transgêneros, com pequeno tamanho de efeito entre GRRS e saliência de identidade. Além disso, a ruminação e preocupação com a percepção dos outros não foi significativamente correlacionada com a subescala Reflexão (RRQ), mas altamente correlacionada com a subescala de ruminação. A confiabilidade para os GRRS finais foi $\alpha = 0,87$.

Por meio de ambos os estudos pode-se compreender o conteúdo do pensamento ruminativo para pessoas com experiências de variação de gênero, identificado por uma preocupação com a percepção dos outros. Um entre os pontos levantados na discussão do estudo pelos autores é o de que a escala GRRS pode ser mais útil entre pessoas que estariam iniciando a transição do que entre aqueles que já teriam se adaptado ao novo gênero almejado, visto que a imagem refletida socialmente, quando dúbia, possa suscitar um estado de

hipervigilância. A reflexão parece estar mediando aspectos da imagem atraente e agradável de sua identidade de gênero; a ruminação pode ser definida como pensamentos negativos e incontroláveis sobre a própria identidade de gênero; e a preocupação com outros foi determinado como sendo o nível de deliberação da pessoa sobre a leitura de outros a respeito de sua identidade de gênero. Estes fatores demonstraram os tipos distintos de pensamento que pode se manifestar com uma pessoa transexual, especialmente durante períodos em que identidade de gênero é mais visível.

No entanto, o estudo de Bauerband e Galupo (78) não se preocupou em incluir, na seleção da amostra, somente indivíduos que apresentassem critérios diagnósticos para transexualismo e/ou disforia de gênero de acordo com os respectivos protocolos, CID-10 e/ou DSM-5, tampouco dividiu os possíveis participantes transexuais em MpH e HpM. Assim, apoiada a referência de que ruminação pode estar relacionada com diferenças entre os gêneros (82), é que o presente estudo inviabiliza a realização de associações mais acuradas para a população transexual.

3. JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO DO PROJETO

O estudo de Bauerband e Galupo (78) identificou relações entre ruminação e o processamento da identidade de gênero, preocupados em elucidar conteúdos do pensamento ruminativo entre pessoas com variação de gênero, que poderiam ser específicas a esta população. No entanto, tendo em vista que a associação com sintomas depressivos e ruminação entre indivíduos LGB já sinalizava saturação, Bauerband e Galupo direcionaram o foco do estudo ao processamento de elaboração da identidade e ruminação, em específico, para o grupo de pessoas com variação de gênero, ao qual, ainda, necessita-se de estudo que estabeleça essas relações com amostra entre indivíduos transexuais mais homoganeamente. É sabido que transexuais enfrentam mais estigma do que indivíduos LGB (83) e, atualmente, pouco se conhece sobre as consequências de estigma internalizado e saúde mental e física para pessoas transexuais.

A avaliação dos mecanismos de ruminação é inovadora para a população transexual no que tange a realizar associações entre ruminação em pessoas transexuais, tomando a ruminação conforme revisão da literatura, em seu sentido mais comum, que é a de associá-la a sintomas depressivos e, mais precisamente, associá-la ao paradigma “Research Domain Criteria (RDoC)”, que inaugurou um campo do estudo que se afasta da preocupação etiológica clássica para estudar os mecanismos biológicos, cognitivos e alteração dos estados emocionais associados ao processo do desenvolvimento de condições de saúde mental (84). Dessa forma, o estudo da ruminação como uma variável entre os possíveis desfechos nas condições de saúde física e mental pode ser extremamente importante tanto para o planejamento de ações clínicas quanto como referência para avaliação de prognóstico.

4. OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo elucidar os mecanismos de ruminação em pacientes com disforia de gênero.

4.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Aplicar a escala adaptada RSQ (Response Styles Questionnaire, anexo C) para identificar fatores de processos ruminativos em mulheres transexuais (79).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar médias de RSQ entre os três subgrupos de pacientes transexuais em distintos momentos do tratamento: (ingresso no programa, um ano de tratamento em grupos e 6 meses no mínimo após a cirurgia).
- Associar o processo ruminativo ao trauma infantil aplicando a escala “Childhood Trauma Questionnaire”. (85)
- Associar a presença de processo ruminativo com transtornos psiquiátricos de eixo I atuais através do questionário “*Mini International Neuropsychiatric Interview*”. (86) bem como associar a presença de processo ruminativo com neuroticismo através da Escala fatorial de ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) (87).
- Associar o processo ruminativo com fatores protetivos utilizando a medida de dois fatores:
 - a. Resiliência - Escala de Resiliência de Wagnild & Young, versão traduzida para Português (88).
 - b. Inteligência - Avaliação neurológica através da Escala Weschler de inteligência para adultos (89) com adaptação do estudo (96).

5. MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO

5.1 ARTIGO SUBMETIDO AO JOURNAL ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR

Archives of Sexual Behavior
RUMINATION, A POSITIVE MARKER IN GENDER DYSPHORIA OUTCOME?
 –Manuscript Draft–

Manuscript Number:	ASEB-D-15-00446	
Full Title:	RUMINATION, A POSITIVE MARKER IN GENDER DYSPHORIA OUTCOME?	
Article Type:	Article	
Keywords:	Gender dysphoria; rumination; sex-reassignment surgery; RDoC	
Corresponding Author:	Andressa Mueller BRAZIL	
Corresponding Author Secondary Information:		
Corresponding Author's Institution:		
Corresponding Author's Secondary Institution:		
First Author:	Andressa Mueller	
First Author Secondary Information:		
Order of Authors:	Andressa Mueller Claudia Quadros Karine Schwarz Angelo Brandelli Costa Anna Martha Vaites Fontanari Bianca Machado Borba Soll Dhiordan Cardoso da Silva Maiko Abel Schneider Érico de Moura Silveira Júnior Marcia Kauer-Sant'Anna Maria Inês Rodrigues Lobato	
Order of Authors Secondary Information:		
Funding Information:	FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA E EVENTOS - HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE	Ms. Andressa Mueller
Abstract:	<p>This is a cross-sectional study assessing levels of rumination among gender dysphoric patients (GD) during different time periods. A total of 45 transsexual women seeking sex-reassignment surgery (SRS) that met DSM 5 criteria for gender dysphoria were recruited. Participants answered the rumination scale of the Response Styles Questionnaire (RSQ) and were divided into three subsets according to treatment time. T0 comprised participants who had a confirmed diagnosis of GD, and had been receiving counseling for no more than one year. T1 comprised patients that had been attending group counseling for between one and two years and had no contraindications for SRS. T2 contained patients who had undergone SRS. Rumination scores were lower among patients who had undergone surgical procedures on primary sexual characteristics. Rumination scores reduced gradually with each additional procedure undergone on secondary sexual characteristics. This finding contributes to research within the RDoC, which aims to demonstrate the relationship between psychological markers and mental health conditions. In this case, rumination appears to be an important marker of improvement in post-SRS GD patients.</p>	

ABSTRACT

This is a cross-sectional study assessing levels of rumination among gender dysphoric patients (GD) during different time periods. A total of 45 transsexual women seeking sex-reassignment surgery (SRS) that met DSM 5 criteria for gender dysphoria were recruited. Participants answered the rumination scale of the Response Styles Questionnaire (RSQ) and were divided into three subsets according to treatment time. T0 comprised participants who had a confirmed diagnosis of GD, and had been receiving counseling for no more than one year. T1 comprised patients that had been attending group counseling for between one and two years and had no contraindications for SRS. T2 contained patients who had undergone SRS. Rumination scores were lower among patients who had undergone surgical procedures on primary sexual characteristics. Rumination scores reduced gradually with each additional procedure undergone on secondary sexual characteristics. This finding contributes to research within the RDoC, which aims to demonstrate the relationship between psychological markers and mental health conditions. In this case, rumination appears to be an important marker of improvement in post-SRS GD patients.

KEYWORDS: Gender dysphoria, rumination, sex-reassignment surgery, RDoC

INTRODUCTION

Gender dysphoria (DSM-5) or Transsexualism (ICD-10) refers to a striking incongruity between the experience gender and sex assigned at birth. This incongruity leads to discomfort with biological sexual characteristics and it is usually followed by hormonal treatment and surgical interventions in order to make the body consistent with the desired gender . The etiology surrounding the phenomenon of GD remains inconclusive, nonetheless biological aspects have been identified as important for explaining its development (Ward & Weisz, 1980; Ward, Ward, Denning, Hendricks & French, 2002; Hines, 2011; Savic, Garcia-Falgueras & Swaab, 2010). Recently, the Research Domain Criteria (RDoC) project opened up a new program of research decoupled from classic etiological concerns, focusing on investigating the biological and cognitive mechanisms and altered emotional states associated with mental health conditions (Insel et al., 2010). Studying basic cognitive processes like rumination as a transdiagnostic possibility could be therefore an important part of the RDoC program (Watkins, 2009).

Rumination as a factor related to psychopathologies has been the subject of studies for at least three decades. The majority of these studies have been conducted with samples of depressed patients. The phenomenon is defined as involuntary and persistent self-centered thoughts (Hertel, 1998) and it is associated with a constantly negative mood. Stress or adverse life events activate negative beliefs about oneself and these can manifest as rumination. Rumination, in turn, may act as a trigger for a depressive mood and, as a consequence, a depressive syndrome (Ghaznavi & Deckersbach, 2012). The repetitive characteristic of ruminant thoughts sets up a cycle in which the patients focus on the causes and consequences of the symptoms of anxiety, which compromises their capacity to solve problems in an assertive manner and to relieve themselves from the altered emotional state. Indeed, studies have shown that active and adaptive coping strategies, which aim to visualize actions with the

objective of solving problems, are negatively correlated with rumination (Wisco & Nolen-Hoeksema, 2008).

Rumination is a possible marker of mental diseases and of emotional disorders. There is for example, evidence relating rumination with depression and with episodes of major depression (Cooney, Joormann, Eugene, Dennis & Gotlib, 2010; Ghaznavi & Deckersbach, 2012; Harris, Pepper & Maack, 2008; Thomsen, 2006; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008), with symptoms of anxiety (Roelofs, Huibers, Peeters & Arntz, 2008), social anxiety (Wong & Moulds, 2012), generalized anxiety disorder (Yook, Kim, Suh & Lee, 2010), trauma, stress-related disorders and suicidal ideation (Tucker et al., 2014). Additionally, high levels of rumination are associated with low self-esteem and predict excessive alcohol consumption and with this, symptoms of alcohol abuse in the long term (Nolen - Hoeksema & Harrel, 2002). A factor that can increase rumination is chronic stress, i.e., social and environmental circumstances that force an organism to adapt physiologically and psychologically over time (Monroe, 2008). The process of stress involves a dynamic interaction between the environment and the organism, which changes over time in response to external challenges, perceptions of these challenges and the coping strategies that are activated (Monroe, 2008).

Sex reassignment surgery (SRS) is essential for the relief of GD. Follow-up studies have shown undeniable beneficial effects from SRS, such as improvements in subjective well-being, and sexual function (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Hess, Neto, Panic, Rübben & Senf, 2014; Klein & Gorzalka, 2009; Lobato et al., 2009). Initiating and maintaining a relationship was shown to be easier after the surgical procedure (Lobato et al., 2006). Additional benefits can be related to social adaptation after SRS (Salvador et al., 2012). However, studies of the quality of life of GD persons do not appear to have arrived at a consensus and when results do demonstrate benefits, these appear to be better understood

among male GD persons (Newfield, Hart, Dibble & Kohler, 2006; Wierckx et al., 2011) In contrast, Kuhn et al, (2009) reported that female GD persons were less satisfied in general with certain aspects of life than a control group comprising non-GD subjects. Overall, it appears that there is a need for better understanding of positive outcomes among female GD patients.

This study is intended to contribute to the literature investigating markers of positive SRS outcomes and its objective is to analyze rumination levels in patients with GD before and after SRS. Our hypothesis is that preoperative patients will exhibit higher rumination levels when compared with patients who are receiving psychological counseling while awaiting SRS compared with patients who have undergone SRS.

METHODS

This is a cross-sectional study investigating the rumination levels of GD patients at three time periods. Patients were selected by convenience, but examiners conducted blind assessments.

The study protocol was approved by the Ethics Committee at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. All subjects were advised about the procedure and signed informed consent forms prior to participation in the study.

Participants

A total of 45 MtF transsexuals seeking SRS at a public hospital in southern Brazil who met the DSM 5 criteria for diagnosis of GD and were free from cognitive impairment, psychosis, and/or dementia (assessed by a psychiatric interviewer) were recruited during 2014 and 2015. Figure 1 shows the reasons why six participants were excluded from the study, resulting in a final sample of 39 patients.

This sample was divided into three subsets on the basis of different stages of treatment. The first of these comprised 13 participants at the start of treatment (T0), i.e., they had already been assessed by the team and had a diagnosis of GD confirmed and had been receiving counseling for no more than 1 year. The second subset (T1) comprised 14 patients attending group counseling for between 1 and 2 years and had no contraindications for SRS. The third subset (T2) contained 12 patients who had undergone SRS a minimum of 6 months previously.

Measures

A structured interview (self-report) was conducted covering information about psychological and emotional development and medical history, which identified psychological suffering during childhood and adolescence and health-related vulnerabilities.

A version of the rumination scale of the Response Styles Questionnaire (RSQ) (Nolen-Hoeksema, 1991, revised by Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003) adapted and translated into Portuguese was used to identify factors of ruminative processes among the transsexual participants: to measure just the rumination factor and comprising a 10-item scale.

Psychiatric assessment was conducted using the Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini) (Sheehan, et al.,1997).

The Brazilian version of the Wechsler intelligence scale for adults (Nascimento, E., 2005) was used to assess intelligence in order to detect protective factors that could be related to rumination. Only two of the subtests were administered: vocabulary and cubes. (Wagner, Pawlowski, Yates, Camey, & Trentini, 2010). The MINI test and the intelligence test were both used to exclude subjects who did have a diagnosis of psychosis and/or an IQ below 80.

The Portuguese translation (Pesce et al, 2005) of the Wagnild & Young Resilience Scale was also used to investigate protective factors related to rumination.

Statistical Analysis

Analysis was performed using Statistical Product and Service Solutions (SPSS), version 18.0. Mean scores for rumination were compared across the three subsets using ANOVA with the Tukey HSD post hoc test. For variables that were not normally distributed, nonparametric tests for independent samples were applied and the Kruskal-Wallis test was used when it was necessary to identify where there were differences between means. The Chi-Square test was used to calculate the psychiatric comorbidities between the groups. Descriptive analyses were employed to identify the most significant results from the structured interviews. We defined criteria to estimate an ordinal variable and tested for correlations with rumination using Spearman coefficients in an attempt to understand the importance of the surgical procedures to the outcome rumination, as described below:

Patients who had not undergone any type of surgical procedure on primary sexual characteristics scored (0); and a score of (1) was given to patients who had undergone an intervention to change primary sexual characteristics. Patients who had undergone at least one procedure to change primary sexual characteristics were then scored an additional point for each procedure on secondary sexual characteristics, such as mammoplasty, facial feminization surgery and thyroid cartilage reduction, up to a maximum score of four points.

RESULTS

The majority of the sample (n=38) were residents of the South of Brazil, the states of Rio Grande do Sul, Santa Catarina and Paraná. Just one participant came from the Mid-West of Brazil. Median age of interviewees was 30 years with an interquartile range of 26-37. Mean number of years spent in education was 12.05 years with a standard deviation (SD) of 3.308.

According to self-report, our sample was distributed by race/ethnic groups as follows: 71.79% white; 5.13% black, 17.95% brown, and 5.13% who considered themselves multi-racial.

There were no indigenous people in the sample.

Table 1 below shows the distributions of variables the sample groups. The proportion of participants with personality disorders in the sample was 17.95%, 28.6% of whom were in group T0, 42.86% in group T1 and 28.6% in group T2. The psychiatric assessment (MINI) to measure Axis I disorders at the time of assessment indicated that 43.6% were positive for at least one disorder, breaking down as 17.95% with one diagnosis and 25.64% with more than one concurrent diagnosis. The T0 group accounted for 50% of the interviewees with psychiatric comorbidities, with 40% in group T1 and 10% in group T2. The results of previous MINI assessments showed that 35.9% of the sample analyzed had had at least one psychiatric diagnosis in the past. The psychiatric assessment detected that depression and generalized anxiety, in that order, were the diagnoses with highest incidence rates, both on the day of the interview and in prior reports.

The proportion of interviewees who reported having attempted to commit suicide was 33.3%. Of these, 28.2% claimed that the attempt was related to gender dysphoria, 27.3%, attributed the suicide attempt to internal conflict with their own dysphoric identity; while exposure to prejudice in social settings and relationship difficulties with at least one family member accounted for 72.7% of the motives behind this risk. Mean age at the time of the first attempt at suicide was around 15.36 years ($SD = 4.34$). Experiences such as physical, psychological and/or moral aggression were reported by 69.2% of those interviewed. The proportion of the sample who had suffered sexual abuse during childhood or adolescence was 30.8%, while 35.9% reported having been abandoned by and/or suffered negligence and ill treatment from their parents or guardians during childhood or adolescence. The proportion of

patients who had experienced discrimination to the extent that they had had to leave an institution where they studied, worked or received medical treatment was 59% of the sample.

Prostitution was reported by 25.6% of the patients interviewed, while 43.6% of them reported having contracted at least one sexually transmitted disease (STD). Syphilis and HIV together accounted for 68.4% of these diagnoses. Syphilis was the most common STD, with a frequency of 42.1%. Finally, 41% of the people interviewed had self-administered hormones and/or industrial silicone to fill out soft tissues or performed other procedures without medical supervision.

There was no significant difference between the groups T0, T1 and T2 in terms of mean intelligence, resilience and psychiatric comorbidities. Our primary finding show the differences in mean rumination scores linked to surgical procedures to change primary sexual characteristics, such as treatment for SRS, as shown in Table 1. The correlation between rumination and surgical procedures on primary sexual characteristics and other procedures on secondary sexual characteristics was statistically significant $r(39) = .50, p < .001$.

Rumination scores were lower among patients who had undergone surgical procedures on primary sexual characteristics (SRS and/or orchiectomy), and rumination scores gradually reduced further for each procedure on secondary sexual characteristics undergone by the patients in this group (Table 1). The ages of patients in groups T0 and T2 were also significantly different, as can be seen in Table 2. When controlled in a linear regression, using the enter method, psychiatric comorbidity was not statistically significant, indicating that it did not predict differences in rumination scores (Table 3).

DISCUSSION

As patients achieved genitals and secondary sexual characteristics that were more consistent with the gender they wished to have, they enjoyed benefits in terms of psychological adaptation, manifest in the reduction in rumination scores. It is still necessary to understand this adaptation better: whether it is the result of achieving consistency arising from the alleviation of gender dysphoria or whether it is the result of the social acceptance.

We believe that there is a relationship between these two factors, but that a physical appearance that is unconvincing for the gender expressed appears to be a potential source of social rejection and symptoms of psychological sickening. This is congruent with the psychobiological theory of depression that states that stressful experiences lead to rumination, particularly interpersonal stressors and social rejection (Slavich, O'Donovan, Epel & Kemeny, 2010).

Monroe (2008) defines stress as social and environmental circumstances that demand psychological and physiological adaptation by the organism, over time, in response to external challenges, perception of these challenges, and the coping resources that are activated following the transformations caused by environmental and social tensions. The stress experienced by GD patients is caused by a need to adapt their body image to be consistent with the gender to which they feel they belong, and when this is not possible or is unconvincing, the person experiences negative feelings. Maintenance of this discrepancy between the states that are desired and the current unfavorable reality is a potential trigger for rumination (Carver & Scheier, 1981; Martin & Tesser, 1996; Watkins, 2008).

Stressful events, such as experiences of social rejection, provoke a coordinated cognitive pattern of emotional and neurobiological responses that culminate in increased risk of depression (Slavich, Way, Eisenberger & Taylor, 2010). In particular, it is already known

that exposure to stressors such as social rejection activates regions of the prefrontal cortex, especially the anterior dorsal and ventral cingulate cortex, triggering, respectively, selective attention for conflict recognition and emotional consciousness and regulation of emotion (Beauregard, Lévesque & Bourgouin, 2001; Lane et al., 1998; Ochsner & Gross, 2005; Slavich, Way, et al., 2010; Somerville, Heatherton & Kelley, 2006), which are activated during self-reflection (Johnson et al., 2006).

Therefore, the regions of the brain that are sensitive to social stressors, such as those identified in the response to social rejection, are also centrally involved in the self-reflection core, the process that underlies rumination, suggesting a possible neurobiological mechanism connecting stressful interpersonal factors of formulation of responses to anguish with greater time spent in rumination as a means of reducing the anxiety caused by social stress and, in the case of GD people, caused by the internal conflict between the expressed gender and the incongruity of the sex assigned at birth.

A study with female adolescents showed that maladaptive cognitive styles, with high scores for rumination, were not only linked with triggering of depression, but also with meeting the criteria for diagnoses of alcoholic behavior and compulsive eating disorders over a 4-year period (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007). It is important to note that rumination was not associated with changes in symptoms of externalization (for example, aggression and delinquency) in these girls, providing evidence of the specificity of rumination for predicting symptoms of internalization and escapist/substitution behaviors (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Collins & Bell, (1997), in turn, showed that perceived insults could predict aggressive ruminant responses. Bushman, Bonacci, Pedersen, Vasquez & Miller, (2005) showed that the response to an experimental provocative stimulus was displaced aggression behavior, triggered by maintenance of an aggressive internal state. In relation to this study, the observations of internalization of symptoms described above and maintenance

of an aggressive internal state are seen as an important relationship within the explanation for the vulnerability of this population.

Corroboration of the postulate that early body-gender misalignment can increase ruminant thoughts expressed as maladaptive mechanisms for resolution of intrapsychic conflicts highlights the importance of considering early treatment in cases in which the diagnostic criteria for gender dysphoria are present, particularly hormone suppression during pre-adolescence. Psychiatric morbidities are present from very early on in people with gender dysphoria, emphasizing the need for early psychotherapeutic supervision and mental health promotion. There is evidence that GD people have feelings of anxiety and depression at young ages, at around 3 - 5 years, which potentialize cognitive development in a nonadaptive manner (Hoshiai et al., 2010; Kersting et al., 2003; Matsumoto et al., 2009; Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis, 2007).

The psychosocial vulnerability of the great majority of the people in our study may be a response expressed through maladaptive behaviors, which indicate an abnormal regulation of emotional states in response to stressful environment in which explicit violence against the gender identity is common. Early interventions with cognitive-behavioral therapy lead to identification of ruminant thoughts and, focus on changing patterns before the chronic and constant stress becomes a potential source of psychopathological internalization (Michl, McLaughlin, Shepherd & Nolen-Hoeksema, 2013). Notwithstanding, as seen in this study, adults in the pre-SRS group receiving counseling did not have the same impact in terms of reducing mean rumination scores that was seen in patients who had undergone the SRS procedure.

One limitation of this study is the possibility of beta error with relation to protective mechanisms such as intelligence and resilience, which may not have attained significance

because of the small number of participants. Even though age was controlled in the rumination outcome, we consider discussion of this variable to be indispensable. Another limitation is related to the study design. A cross-sectional study such cannot state that the stage of treatment is helping to reduce rumination or whether the alternative is true- i.e. having lower levels of rumination (and probably lower levels of psychopathology) make it more likely that people progress to have surgery. Since all patients were assessed by a psychiatry following DSM parameters to be eligible for the SRS, and since we controlled for psychiatric comorbidity in our regression analysis, this design bias is minimized but not absent.

It is expected that the results of this study contribute to research within the RDoC paradigm, which aims to demonstrate relationships between psychological markers and mental health conditions. Rumination appears to be a marker of positive outcomes among post-SRS patients with gender dysphoria.

COMPLIANCE WITH ETHICAL STANDARDS

Funding: This study was funded by Fundo de Incentivo à Pesquisa e Evento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA).

ETHICAL APPROVAL

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

REFERENCES

Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). (0890425574). American Psychiatric Pub.

- Beauregard, M., Levesque, J., & Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *The Journal of Neuroscience*.
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., Pedersen, W. C., Vasquez, E. A., & Miller, N. (2005). Chewing on it can chew you up: effects of rumination on triggered displaced aggression. *J Pers Soc Psychol*, 88(6), 969.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2012). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*: Springer Science & Business Media.
- Collins, K., & Bell, R. (1997). Personality and aggression: The dissipation-rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 751-755.
- Cooney, R. E., Joormann, J., Eugène, F., Dennis, E. L., & Gotlib, I. H. (2010). Neural correlates of rumination in depression. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10(4), 470-478.
- De Cuyper, G., TSjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690.
- Ghaznavi, S., & Deckersbach, T. (2012). Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. *Biol Mood Anxiety Disord*, 2(1), 2.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18(1), 178-224.
- Harris, P. W., Pepper, C. M., & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 150-160.
- Hertel, P. T. (1998). Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 166.

- Hess, J., Neto, R. R., Panic, L., Rübben, H., & Senf, W. (2014). Satisfaction With Male-to-Female Gender Reassignment Surgery: Results of a Retrospective Analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(47), 795.
- Hines, M. (2011). Gender development and the human brain. *Annual review of neuroscience*, 34, 69-88.
- Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., . . . Kuroda, S. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 64(5), 514-519.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., . . . Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Johnson, M. K., Raye, C. L., Mitchell, K. J., Touryan, S. R., Greene, E. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2006). Dissociating medial frontal and posterior cingulate activity during self-reflection. *Social cognitive and affective neuroscience*, 1(1), 56-64.
- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 182-189. doi: 10.1097/00005053-200303000-00007
- Kirkegaard Thomsen, D. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20(8), 1216-1235.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Continuing Medical Education: Sexual Functioning in Transsexuals Following Hormone Therapy and Genital Surgery: A Review (CME). *J Sex Med*, 6(11), 2922-2939.

- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen- Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 99-112.
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685-1689. e1683.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., . . . Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lobato, M. I., Koff, W. J., Crestana, T., Chaves, C., Salvador, J., Petry, A. R., . . . Massuda, R. (2009). Using the Defensive Style Questionnaire to evaluate the impact of sex reassignment surgery on defensive mechanisms in transsexual patients. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(4), 303-306.
- Lobato, M. I., Koff, W. J., Manenti, C., da Fonseca Seger, D., Salvador, J., da Graca Borges Fortes, M., . . . Henriques, A. A. (2006). Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Arch Sex Behav*, 35(6), 711-715. doi: 10.1007/s10508-006-9074-y
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in social cognition*, 9, 1-47.
- Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Kishimoto, Y., Terada, S., & Kuroda, S. (2009). Stress-coping strategies of patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(6), 715-720. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.02017.x
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety:

- longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 339.
- Monroe, S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 33-52.
- Nascimento, E. (2005). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos-manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. doi: 10.1007/s11136-006-0002-3
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 391-403.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 198.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242-249.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 576-586.
- Salvador, J., Massuda, R., Andreatza, T., Koff, W. J., Silveira, E., Kreische, F., . . . Lobato, M. I. (2012). Minimum 2-year follow up of sex reassignment surgery in Brazilian

- male-to-female transsexuals. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66(4), 371-372. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02342.x
- Savic, I., Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2010). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Prog Brain Res*, 186, 41-62. doi: 10.1016/b978-0-444-53630-3.00004-x
- Slavich, G. M., O'Donovan, A., Epel, E. S., & Kemeny, M. E. (2010). Black sheep get the blues: A psychobiological model of social rejection and depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 39-45.
- Slavich, G. M., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Taylor, S. E. (2010). Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(33), 14817-14822.
- Somerville, L. H., Heatherton, T. F., & Kelley, W. M. (2006). Anterior cingulate cortex responds differentially to expectancy violation and social rejection. *Nature neuroscience*, 9(8), 1007-1008.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-59.
- Tucker, R. P., Wingate, L. R., Slish, M. L., O'Keefe, V. M., Cole, A. B., & Hollingsworth, D. W. (2014). Rumination, Suicidal Ideation, and the Mediating Effect of Self-Defeating Humor. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 492-504.
- Wagner, F., Pawlowski, J., Yates, D. B., Camey, S. A., & Trentini, C. M. (2010). Viabilidade da estimativa de QI a partir dos subtestes Vocabulário e Cubos da WAIS-III. *Psico-USF*; 15(2), 215-224. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000200009>.
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of*

Child and Adolescent Psychiatry, 46(10), 1307-1314. doi:

10.1097/chi.0b013e3181373848

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 134(2), 163.

Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(3), 160-175.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., . . .

T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med*, 8(12), 3379-3388. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x

Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Ruminative response style. Risk factors in depression, 221-236.

Wong, Q. J., & Moulds, M. L. (2012). Does rumination predict the strength of maladaptive self-beliefs characteristic of social anxiety over time? *Cognitive therapy and research*, 36(1), 94-102.

Yook, K., Kim, K.-H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 623-628.

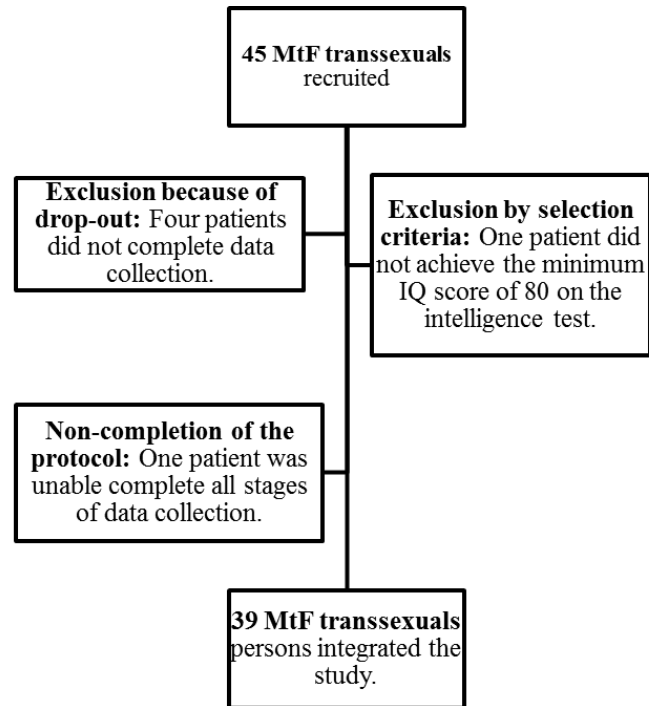


Figure 1: Destination of the evaluated patients

Table 1
Sample characteristics by group

		<i>T0 n(13)</i>	<i>T1 n(14)</i>	<i>T2 n(12)</i>
Rumination	$\bar{X} \pm SD$	23.77 ± 6.954	20.43 ± 3.777	17.33 ± 4.677
Age	<i>Md</i> <i>IQR</i>	26 [24.5/32.5]	30,50 [25.75/36]	32,5 [29.25/46.25]
Intelligence	$\bar{X} \pm SD$	100.38 ± 11.63	106.46 ± 11.84	100.83 ± 10.63
Resilience	<i>Md</i> <i>IQR</i>	143 [133-150]	147 [131,5-151,75]	157.5 [120-159]
Psychiatric comorbidities	%	Yes 50% No 27.3%	Yes 40% No 36.3%	Yes 10% No 36.4%

Table 2					
<i>Age and psychiatric comorbidities differences between groups</i>					
	Subset	<i>n</i>	Mean Rank (<i>K-W</i>)	X^2	<i>p</i>
	T0	13	<i>IQR</i> [24.5/32.5]		
Age difference	T1	14	<i>IQR</i> [25.75/36]	7.208	0.027
	T2	12	<i>IQR</i> [29.25/46.25]		
Psychiatric comorbidities between groups			Qui-Square test	2.756	0.252

Note: Age difference between T0 and T2 is statistically significant.

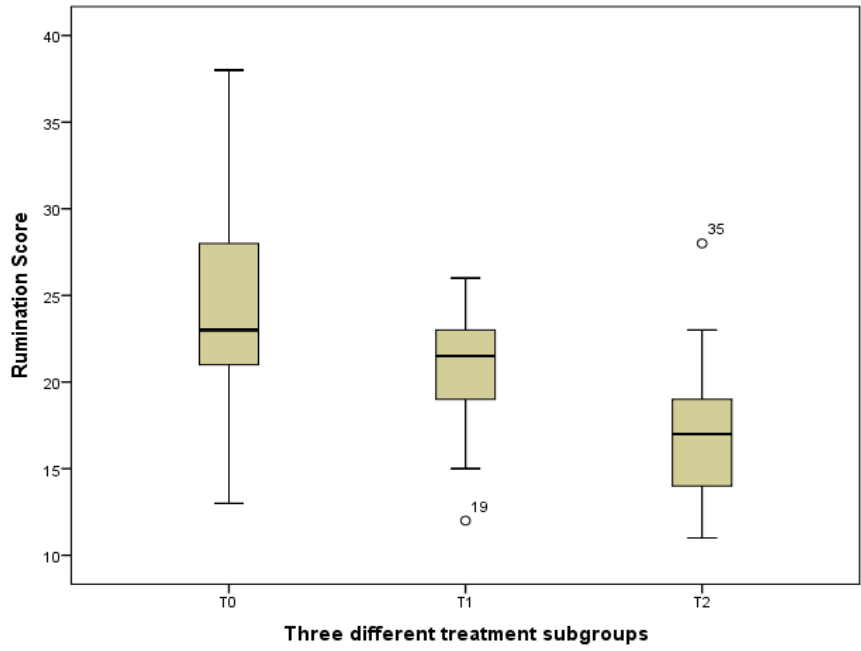


Figure 2. Means for rumination in three different phases of treatment for gender dysphoria

Table 3
Variables predictive of rumination

		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Step 1	Constant	17.68	2.97	
	Sexual reassignment surgery	-4.38	2.06	-0.35**
	Psychiatric comorbidities	3.72	2.00	0.31*
Step 2	Constant	17.60	2.93	
	Sexual reassignment surgery and/or orchiectomy and other procedures on secondary sexual characteristics	-1.74	0.80	-0.36**
	Psychiatric comorbidities	3.73	1.99	0.31*

Note: $R^2 = 27.4$ for step 1; $\Delta R^2 = 28.1$ for step 2 * $p < 0.1$ $p < 0.05$ **
Enter forward regression

5.2 ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)

Abuso Emocional na Infância e Ruminação na Disforia de Gênero

Andressa Mueller ^{1,2}, Cláudia Quadros ¹, Karine Schwarz ¹, Angelo Brandelli Costa ¹, Anna
Martha Vaitses Fontanari ¹, Bianca Machado Borba Soll ¹, Maiko Abel Schneider, ¹Dhiordan
Cardoso da Silva ¹, Maria Inês Rodrigues Lobato ¹

¹ Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
(HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do
Sul, Brasil.

² A correspondência deve ser endereçada a Andressa Mueller, para o Programa de Identidade
de Gênero, Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio
Grande do Sul (UFRGS), Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Santa Cecília, Porto Alegre - RS,
90035-903/ e-mail: andressalaurenh@gmail.com

Abuso Emocional na infância e ruminação na Disforia de Gênero

RESUMO: Os estudos dos mecanismos de ruminação têm sido um importante campo de investigação para estudar os mecanismos cognitivos e alteração dos estados emocionais associados ao processo do desenvolvimento de condições de saúde mental. O presente artigo, de delineamento transversal, busca estabelecer relações entre o comportamento ruminativo e abuso emocional na infância entre mulheres transexuais. Entrevista estruturada, instrumentos psicológicos bem como o instrumento psiquiátrico, “*Mini International Neuropsychiatric Interview*” foram aplicado. Análises estatísticas como a descritiva e a inferencial foram utilizadas. O modelo de regressão linear *Stepwise Enter* foi adotado e, por intermédio deste, concluiu-se que a variável abuso emocional é um mediador entre ruminação e comportamentos disfóricos associados à desregulação emocional e desfechos nocivos para saúde mental e física. Nosso principal achado reside na prevalência em até 15 vezes (IC95%: 2,25-99,63) de maior chance para engajamento em ruminação elevada ou comportamento disfórico entre os indivíduos que foram expostos ao abuso emocional, sobretudo, entre aqueles que o vivenciaram no intervalo da tipologia que variou de moderado – grave a grave – extremo se comparado aos indivíduos com gravidade entre mínimo a moderado na escala *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). O abuso emocional está relacionado com engajamento em ruminação, sobretudo, ao subtipo elevada, o que contribui para aumento em comportamentos disfóricos, e ao estar associado à desregulação da emoção, que contribui para os desfechos nocivos na saúde física e mental desta população.

PALAVRAS CHAVES: ruminação, disforia de gênero, maus-tratos infantis, abuso emocional, desregulação emocional, fatores de risco

ABSTRACT: Researches on Rumination mechanisms have been an important field for the investigation of the Cognitive Mechanisms and Alteration of Mental Status associated with the Mental Health Development processes. The present study, cross-sectional study designed, aim to establish the relationship between Ruminative Behavior and Childhood Emotional Abuse in a transsexual women sample. Structured Interview, psychological testing, as well as Psychiatric tools, like the “Mini International Neuropsychiatric Interview” were applied. Descriptive and Inferential Statistical Analysis were performed. The Stepwise Enter Model of Linear Regression was adopted, and from this intermediate, we concluded that the variable Emotional Abuse is a mediator between Rumination and Dysphoric Behavior associated to Emotional deregulation and adverse outcomes to mental and physical health. In the second study, the main result is the higher (up to 15 fold) prevalence for likeliness to engage in high level of ruminative thinking or dysphoric behaviour amongst the individuals who were exposed to emotional abuse. Above all, the engagement in ruminative thinking process is even higher amongst those who lived through emotional abuse in the moderated - severe and the severe - extreme categories of the *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) scale than those in the light - moderate category. Emotional abuse is related to ruminative engagement, specially to the high level subtype of rumination. This contributes to the increase in dysphoric behaviours and to the bad health and mental outcomes in this population, probably associated with emotional dysregulation.

KEYWORDS: rumination, gender dysphoria, child abuse, emotional trauma, emotion dysregulation , risk factors

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde (CID-10, 2004), o Transexualismo, assim como a Disforia de Gênero (American Psychiatric Association – APA, 2014), é caracterizado por forte e persistente convicção de pertencer ao gênero oposto àquele designado ao nascimento, impulsionando alguns indivíduos a procurar serviços médicos com o objetivo de modificar suas características sexuais primárias e secundárias através de hormonioterapia, neocolpovulvoplastia, neofaloplastia, mastectomia, entre outros procedimentos que visam à melhor adaptação possível entre “o corpo e a mente”.

Na literatura, é possível verificar a alta frequência de relatos nos quais abusos emocionais e/ou psicológicos na infância são experiências muito presentes entre indivíduos dessa população. Norman *et al.* (2012) relata que o abuso emocional é um entre os quatro tipos de maus-tratos na infância reconhecidos pela literatura e, de acordo com Crow, Cross, Powers e Bradley (2014), o que tem sido menos estudado. Abuso emocional para Butchart, Phinney, Kahane, Mian e Furniss (2006) inclui os seguintes padrões em definição: a) desencorajamento à espontaneidade; b) padrões de menosprezo, tais como culpabilização, ameaças, amedrontamento, discriminação e/ ou ridicularização e c) outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil.

No estudo de revisão sistemática e de meta-análise de Norman *et al.* (2012) no qual avaliou as consequências para a saúde, em longo prazo, de crianças abusadas física, emocional e negligentemente demonstra que a exposição a estes maus-tratos na infância, na população em geral, esteve associada a sintomas depressivos, abuso de álcool, ansiedade, tentativa e/ou ideação suicida e comportamentos desadaptativos, como risco aumentado não só para comportamento sexual de risco como, sobretudo, de contaminação do vírus HIV e outras infecções (Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama, & Puren, 2010; Lee, 2015; Martins, Baes,

Tofoli, & Juruena, 2014; Schwandt, Heilig, Hommer, George, & Ramchandani, 2013; Shapero *et al.*, 2014).

Padilla Paredes e Calvete (2014) sugeriram que as experiências de abuso emocional na infância por pais e/ou cuidadores servem como antecedentes para vulnerabilidade em desenvolver um estilo cognitivo negativo e que, uma vez desenvolvido, é um fator de risco para o início dos sintomas depressivos na adolescência entre indivíduos da população em geral. Como muitos países não apresentam sistema unificado para notificação, e tendo em vista que a definição de maus-tratos varia de acordo com a região estudada, a prevalência de maus-tratos na infância não é acurada (Butchart, Phinney, Kahane, Mian, & Furniss, 2006).

Igualmente, é muito escasso, se não inexistente, o conhecimento da relação entre maus-tratos na infância e disforia de gênero. No entanto, os eventos traumáticos vivenciados desde a infância, sobretudo estigma, preconceito e discriminação, favorecem a inserção a um ambiente hostil, o que contribui para desfechos negativos na saúde mental de mulheres transexuais (Hoshiai *et al.*, 2010; Kersting *et al.*, 2003; Matsumoto, Sato, Ohnishi, Kishimoto, Terada, & Kuroda, 2009; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007). Os estudos dos mecanismos de ruminação também têm sido um importante campo de investigação para estudar os mecanismos biológicos, cognitivos e alteração dos estados emocionais associados ao processo do desenvolvimento de condições de saúde mental (Insel *et al.*, 2010).

De acordo com Zanon, Borsa, Bandeira e Hutz (2012), a ruminação pode estar presente em todas as pessoas em algum grau, nem toda ruminação é igualmente disfuncional. A literatura aponta evidências de que a ruminação é prejudicial quando associada a tendências disfóricas (mau humor, tristeza e desmotivação, neuroticismo, inexistência de assertividade na resolução de problemas). No presente artigo tomar-se-á o conceito de ruminação ou pensamento ruminativo enquanto comportamento disfórico. É relevante ressaltar que o termo

disforia estará relacionado tanto ao gênero quanto ao comportamento disfórico e se faz necessário compreendê-lo no contexto em que for utilizado.

Em grande parte, estes estudos vêm associando ruminação a sintomas depressivos (Cooney, Joormann, Eugene, Dennis, & Gotlib, 2010; Hertel, 1998) e a síndrome depressiva (Cooney, Joormann, Eugene, Dennis, & Gotlib, 2010; Ghaznavi & Deckersbach, 2012; Harris, Pepper, & Maack, 2008; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). O enfrentamento de estressores relacionados ao estigma de raça ou orientação sexual demonstra maior engajamento em ruminação nos dias em que estressores relacionados a ele foram experimentados (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009b).

O estresse também pode induzir à ruminação, debilitando a autorregulação ou a capacidade de se envolver sobre o autocontrole do comportamento (Baumeister, Gailliot, DeWall, & Oaten, 2006; Inzlicht, McKay, & Aronson, 2006). Atenção focada em pensamentos e sentimentos negativos decorrentes de memória autobiográfica prévia, de eventos estressantes da vida, ativa um autoesquema negativo, cujo mecanismo aumenta a probabilidade de ruminação (Scher, Ingram, & Segal, 2005).

Estudos exploraram ruminação entre minorias sexuais e de gênero, (Hatzenbuehler McLaughlin, & Nolen-Hoeksema, 2008; Hatzenbuehler, Dovidio, Nolen-Hoeksema, & Phills, 2009a; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009b), com os quais se considerou a ruminação como uma resposta ao humor negativo associado com a internalização do estigma (Hatzenbuehler McLaughlin, & Nolen-Hoeksema, 2008; Hatzenbuehler, Dovidio, Nolen-Hoeksema, & Phills, 2009a) e vivência de discriminação (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009b) para explicar o sofrimento psicológico.

Abuso emocional na infância foi relacionado com a ruminação, e esta, como um mediador parcial entre depressão e abuso emocional na população em geral (O'Mahen, Karl, Moberly, & Fedock, 2015). O papel da ruminação como um mediador da relação entre maus-

tratos na infância e depressão, culmina ao desfecho disfórico do comportamento ruminativo (Raes & Hermans, 2008). Crow, Cross, Power e Bradley (2014) demonstraram que o abuso emocional na infância foi correlacionado com os sintomas de depressão e desregulação da emoção na vida adulta e, além disso, o abuso emocional foi mais fortemente correlacionado com estas variáveis no desfecho do que outros tipos trauma na infância.

Habilidades reguladoras, como estratégias de *coping* limitadas, podem prejudicar a capacidade de assertividade do indivíduo em resolver problemas (Wisco & Nolen-Hoeksema, 2008; Lyubomirsky, Karsi, & Zhem, 2003), da mesma forma, quando o fator protetivo de resiliência é limitado ao indivíduo, estratégias cognitivas e adaptativas na regulação da emoção mostraram estabelecer uma relação inversa (Min, Yu, Lee, & Chae, 2013).

Por último, Segundo Hutz e Nunes (2001) descreveram que alto nível de neuroticismo está associado a indivíduos propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional, ideias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar a frustração causada pela não saciação do desejo e, sobretudo, respostas de *coping* mal adaptadas (Watson & Hubbard, 1996; Trapnell & Campbell, 1999; Costa & McCrae, 2007). Evidências da associação entre ruminação e o fator neuroticismo foram reportadas na literatura internacional (Roelofs, Huibers, Peeters, & Arntz, 2008; Trapnell & Campbell, 1999) e, em um estudo de Zanon e Teixeira (2006), por meio de uma amostra brasileira, os mesmos achados foram verificados.

Os objetivos deste estudo residem tanto em analisar a relação entre abuso emocional na infância e ruminação em mulheres transexuais quanto identificar, entre os indivíduos da amostra, quais ruminam em nível baixo em detrimento aos que ruminam elevadamente, o que pode aumentar a chance de engajamento ao comportamento disfórico. Essa classificação entre dois subtipos do pensamento ruminativo pode elucidar diferenças entre os fatores protetivos (resiliência, inteligência, idade) e os desfechos nocivos na saúde mental e física dessa

população (desajustamento emocional, comorbidade psiquiátrica, tentativa de suicídio e vulnerabilidade à contaminação de DSTs e heteroagressão).

Nossa hipótese é a de que indivíduos que foram expostos ao abuso emocional terão pontuações elevadas na escala de ruminação e, dessa forma, constitui-se mais chances em engajamento em comportamento disfórico expresso pelo desajustamento emocional (desregulação da emoção e comorbidade psiquiátrica), e que indivíduos com baixos níveis em ruminação possam apresentar fatores protetivos.

MÉTODOS

Este estudo faz parte de outro maior que investigou a relação entre ruminação em três tempos distintos do tratamento para disforia de gênero. Os participantes daquele estudo foram avaliados por juízes cegos e utilizados nesse novo estudo cujo delineamento é transversal e se propõe a investigar a relação entre abuso emocional na infância e os subtipos de ruminantes (baixo e alto) aos fatores protetivos e aos desfechos nocivos para saúde mental e física de mulheres transexuais.

Participantes

No fluxograma (figura 1) é possível compreender a sistemática de recrutamento dos indivíduos entre o período de 2014 a 2015, da mesma forma a respeito dos critérios os quais foram adotados para exclusão dos indivíduos, nas duas análises realizadas. Este estudo cujo número é 140243 foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Medidas

Foi realizada *entrevista estruturada (autorrelato)* sobre informações do desenvolvimento psicológico, emocional e do histórico clínico pregresso, os quais identificassem sofrimento psíquico na infância e adolescência, bem como vulnerabilidades no que diz respeito à saúde.

Foi utilizado o *Response Styles Questionnaire (RSQ)* para identificar fatores de processos ruminativos em indivíduos transexuais, escala de ruminação: por Nolen-Hoeksema (1991), adaptada por Treynor, Gonzalez e Nolen-Hoeksema (2003), versão traduzida para o português e, neste estudo, adaptada com questões que visaram a mensurar somente o fator ruminação, composta por uma escala com 10 itens ao invés da original com 22 itens. A tradução desse instrumento foi realizada por um pesquisador com formação na área da psiquiatria com amplo conhecimento no campo de investigação do paradigma RDoC e, sobretudo, ruminação.

O *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* adaptado para a população brasileira por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006), é um instrumento autoaplicável em adolescentes e adultos que investigam história de abuso e negligência durante a infância. O instrumento validado pelo processo metodológico de tradução e adaptação envolveu cinco etapas: (1) tradução; (2) retradução; (3) correção e adaptação semântica; (4) validação do conteúdo por profissionais da área (juízes) e (5) avaliação por amostra da população-alvo, por intermédio de uma escala verbal-numérica. A versão mostrou ser de fácil compreensão obtendo-se adequada validação semântica. Entretanto, ainda carece de estudos que avaliem a análise fatorial confirmatória das 5 tipologias, tais como abuso emocional, físico, sexual, negligência emocional e física, além de análises de consistência interna e validação concorrente em diferentes populações. A escala com 28 itens do tipo Likert possui sentenças, por meio das quais reflete cinco tipologias de trauma. Para cada sentença há pontuações entre 1 a 5 que denotam a intensidade da frequência à exposição a um tipo de trauma. Ao final, somam-se os escores para cada tipologia, que, de acordo com um valor estabelecido pelo manual, classifica-se em categorias de acordo com a gravidade, que são: mínimo, baixo a moderado, moderado a grave e grave a extremo.

A avaliação psiquiátrica utilizando o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Mini) (Sheehan *et al.*, 1997) foi o principal instrumento que compreende 19 módulos que exploram 18 transtornos do eixo I do DSM-IV-TR, risco de suicídio e o transtorno de personalidade antissocial.

Escala fatorial de ajustamento Emocional/Neuroticismo –EFN – Hultz & Nunes (2001) neuroticismo inclui itens que identificam vulnerabilidade (23 itens), que agrupa sintomas típicos de transtorno de personalidade dependente e de esquiva; desajustamento psicossocial (14 itens), que agrupa sintomas típicos de transtorno de personalidade antissocial e *borderline*, ansiedade (25 itens), que agrupa sintomas de transtorno de ansiedade, e depressão (20 itens), que agrupa sintomas de depressão, desesperança e ideação suicida. É uma escala de fácil compreensão, com sentenças curtas do tipo Likert. O instrumento apresenta validade de construto (Pasquali, 1999) e de fidedignidade, sendo o valor de 0,94 do Alfa de Cronbach. A cada sentença da escala o indivíduo atribui um valor entre 1 e 7 e, ao final, soma-se o escore bruto para cada domínio e depois, por meio do manual, converte-se o escore bruto em valores percentílicos.

Para avaliar possíveis fatores protetivos, tais como avaliação da inteligência através da *Escala Wechsler de inteligência* para adulto na versão brasileira (Nascimento, 2005), foi utilizada para cálculo estimado de QI. Apenas dois subtestes foram realizados: vocabulário e cubos. (Wagner, Pawlowski, Yates, Comey, & Trentini, 2010).

A escala *Escala de Resiliência* de Wagnild & Young, versão traduzida para Português e com adaptação transcultural (Pesce *et al.*, 2005), ocorreu por meio de dados extraídos de um estudo-piloto, com 203 alunos entrevistados em dois momentos consecutivos (teste-reteste), de um total de 977 alunos investigados. Na avaliação da equivalência semântica observou-se que o significado referencial apresentou bons resultados e indicou capacidade de discriminar vários atributos relacionados à resiliência. Em relação à equivalência de

mensuração, tem-se que a consistência interna, mensurada pelo Alpha de Cronbach para os 203 casos que fizeram parte do pré-teste, evidenciou bom resultado de 0,85. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

Análise Estatística

Para realizarmos as análises de dados, foi utilizado o programa *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versão 18.0. A análise estatística foi organizada em duas diferentes formas, a fim de contemplar objetivos diferentes. A cada análise realizada foi verificado o comportamento de distribuição das variáveis por meio do teste *Shapiro-Wilk*.

Na primeira análise, com 39 indivíduos, foi realizada de correlação de Spearman entre a escala CTQ e a escala RSQ. Para vislumbrar como se estabelecia a relação entre as tipologias da escala CTQ com as médias de ruminação, utilizou-se o teste *Anova post. hoc. Tukey* (tabela 1). Na segunda análise, que possui $n = (28)$, decidiu-se estratificar a amostra por meio de dois pontos de corte: $p[\text{baixo}] = (33) \leq 18$ e $p[\text{alto}] = (67) \geq 23$ na variável de ruminação. Esse procedimento está em acordo com a recomendação da autora que desenvolveu a escala RSQ (Nolen-Hoeksema, s.d.), e que visa localizar, entre os indivíduos da amostra em análise, os sujeitos que ruminam em um nível menor em detrimento a outros, que ruminam elevadamente.

Análises descritivas foram realizadas entre estes dois grupos, os quais se buscou calcular diferenças entre médias e medianas, desvios padrões e intervalos interquartílicos nas características como idade, fatores protetivos (anos de estudo, inteligência e resiliência) e, por último buscou-se relatar as diferenças entre as medianas do escore bruto do fator de desajustamento psicossocial da escala de neuroticismo. Para calcular as diferenças dos percentis entre os grupos, recorreu-se ao manual da escala EFN para conversão de escore bruto em percentil e depois ao teste U de *Mann Whitney* para o cálculo de diferenças das

médias. Na figura 2, demonstram-se os valores percentílicos encontrados na Escala de Neuroticismo para cada um dos cinco fatores associados.

Para analisar as diferenças entre médias que apresentaram distribuição normal, como QI estimado e anos de estudo, entre os grupos, o teste t de *Student* foi utilizado. Quando as variáveis apresentavam-se como não normal, o teste U de Mann Whitney foi aplicado. Tabulações cruzadas foram utilizadas para elucidar a frequência entre a presença e a ausência de variáveis categóricas. Teste de *Fisher's Exact Test* foi utilizado para calcular mais precisamente a associação entre fatores de riscos de auto e heteroagressão com ruminação. O teste *qui-quadrado* de *Pearson* foi utilizado para analisar a associação entre ruminação e diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, bem como foi utilizado para calcular a associação entre indivíduos com alta e baixa pontuação em ruminação e abuso emocional, recodificada dicotomicamente, agrupando os quatro tipos diferentes da tipologia para a gravidade do abuso em duas, distinguindo-as entre: mínimo a moderado – e – moderado a extremo (tabela 2).

Por último, realizou-se dois passos na regressão lineares simples, cujo método adotado foi *Stepwise Enter* por meio do qual se buscou averiguar, exclusivamente, o quanto a variável abuso emocional contribui na variância em ruminação. No primeiro passo, utilizamos todos os sujeitos recrutados para a pesquisa (n=39), e no segundo, usamos somente os 28 indivíduos que configuram os dois subtipos de ruminação: baixos e altos ruminantes. Com esses dois passos, buscou-se compreender o comportamento de variância em ruminação.

RESULTADOS

A primeira análise demonstra que existe uma correlação positiva direta estatisticamente significativa entre os indivíduos (n=39) que foram expostos a experiência de abuso emocional na infância e adolescência com aumento na pontuação na escala de ruminação $r_s = 0,536$; $p = 0,0001$ e $\omega^2 = 0,48$ (efeito moderado à tangência de efeito grande). A

tabela 1 nos mostra que a diferença é estatisticamente significativa entre a classificação da experiência de abuso emocional entre a tipologia que variou de mínimo a grave/extremo. É importante ressaltar que a medida da gravidade da experiência em abuso emocional, em todas as tipologias, gradualmente aumentou as médias de ruminação.

Na segunda análise, considerando a estratificação em dois grupos distintos quanto à pontuação na escala de ruminação, foi possível verificar a associação entre abuso emocional e ruminação elevada determinante de comportamento disfórico [$\chi^2(1, N=28) = 9,33; p=0,002$]. Nosso principal achado reside na prevalência em até 15 vezes (IC95%: 2,25-99,63) de maior chance para engajamento em ruminação elevada ou comportamento disfórico entre os indivíduos que foram expostos ao abuso emocional, sobretudo, entre àqueles que o vivenciaram no intervalo da tipologia que variou de moderado – grave a grave – extremo se comparado aos indivíduos com gravidade entre mínimo a moderado na escala CTQ. Isso significa que, entre os ruminantes disfóricos, alarmantemente 83,3% deles sofreram abuso emocional na infância.

Encontrou-se igualmente associação de efeito moderado, $r=0,466$, entre ocorrência concomitante de autoagressão e heteroagressão, com níveis elevados na escala de ruminação (*Fisher's Exact Test*; $p=0,041$). Importante ressaltar que a autoagressão em nenhum momento ocorreu isoladamente. Isso é especialmente importante, visto que heteroagressão, sobretudo o risco moral, ocorreu em 78,5% dos casos e é potencialmente um forte componente de agravamento em engajamento em ruminação elevada. Entre os altos ruminantes foi reportada a ocorrência de *bullying*, em decorrência do comportamento sexual atípico, em 78,6% deles, os quais 7,1% ocorreram com frequência intitulada como “às vezes” ao passo de 71,5% de ocorrência persistente (quase sempre a sempre). Já entre os indivíduos com baixa pontuação em ruminação, foi possível constatar que, entre eles, 64,3% nunca experimentaram o *bullying* na escola e 14,2% o vivenciaram com a frequência que variou entre “algumas vezes” e “às

vezes”; e apenas 21,4% de ocorrência persistente. No que tange a autoagressão, especialmente o relato de tentativa de suicídio, aumentou 4,88 mais chances (IC95%: 0,93-25,67) para engajamento em ruminação elevada (ver tabela 2).

Características de desajustamento psicossocial entre os indivíduos que ruminam em nível disfórico Md=21, (U=46, 00; p=0, 015) com tamanho moderado de efeito (r=-0,45) possuem significativamente mais sintomas típicos de transtorno de personalidade *borderline* e antissocial se comparado com os que ruminam em nível baixo Md = 14 (Ver figura 2). Os ruminantes com característica de comportamento disfórico apresentaram percentil de 60% para o domínio de desajustamento psicossocial, e isso expressa um importante agravamento em sintomas como tendência a indivíduos agressivos e hostis, e comportamento manipulador. Também identifica pessoas com padrões elevados de consumo de álcool, excessivamente preocupação com a aparência, comportamento sexual de risco, frequentemente relatando um gosto por envolverem-se em situações perigosas. Alto score nesse item também revela sujeitos cuja preocupação com as regras sociais e sensibilidade ao sofrimento alheio é pouco presente. Nos demais itens da escala de neuroticismo houve uma tendência de aumento nos fatores como vulnerabilidade, ansiedade e depressão nos indivíduos com escores elevados em ruminação, quando comparado aos que ruminaram em nível menor.

As duas análises revelaram que o abuso emocional foi estatisticamente significativo no que tange a prever alterações no comportamento da variável ruminação. Na primeira análise, 27,3% de explicação para o desfecho do pensamento ruminativo a partir de abuso emocional foi verificado; ao passo que, na segunda, este índice chegou a 37,5%. Por isso, no nosso modelo de regressão, o abuso emocional é uma importante variável mediadora na verificação de possíveis desfechos negativos em saúde mental e física para essa população (tabela 3).

O abuso emocional está relacionado com engajamento em ruminação, sobretudo, ao subtipo elevada, o que contribui para aumento em comportamentos disfóricos, e ao estar associado à desregulação da emoção, que contribui para os desfechos nocivos na saúde física e mental desta população, como se pode observar entre os dados encontrados. A prevalência de um indivíduo com escore elevado ou disfórico em ruminação aumenta em 7,71 mais chances (IC95%:0,746 –79,77) para comorbidade psiquiátrica e 2,50 vezes mais chances (IC95%:0,524 –11,92) para o contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

Também se faz importante ressaltar que, entre os baixos e altos ruminantes, existe diferença significativa na idade, com tamanho moderado de efeito ($r=-0,37$); mas, quando controlada na regressão linear múltipla (exploratoriamente), esta não influenciou alterações na variável ruminação. Outra informação de relevância reside ao fato controverso à literatura, visto que não houve diferenças nos itens que se propuseram a mensurar fatores protetivos. Ao contrário, percebeu-se uma tendência de aumento na pontuação da escala ruminação por meio de uma relação inversa com a variável anos de estudo, e por meio da qual o tamanho moderado de efeito ($r=0,42$); ou seja, quanto maior foi a quantidade de anos de estudos do indivíduo, mais alto foi sua pontuação em ruminação. Entre os pacientes menos ruminantes, foram observadas pontuações em resiliência levemente aumentadas se comparadas aos pacientes que ruminam em nível elevado (tabela 2).

DISCUSSÃO

Segundo a teoria freudiana das fases do desenvolvimento psicosssexual (Kaplan & Sadock, 2009), a criança forma a consciência de seu gênero por volta dos 36 meses e esta não se modifica. A constância de gênero, portanto, é um fato da realidade com a qual a criança, por volta dos cinco anos, reconhece determinadas atividades como pertencentes ao gênero com o qual se identifica. Indivíduos transexuais, nesse mesmo período do desenvolvimento,

desenvolvem conflitos significativos, já que há uma incongruência entre sua identidade e seu sexo biológico.

A grande parte de mulheres transexuais relata o início da tomada de consciência dessa discrepância entre sua identidade de gênero e seu sexo atribuído ao nascimento através da observação na dinâmica social em que se inserem, sendo o contexto familiar e escolar os mais relevantes. É sabido que, nestes contextos, indivíduos transexuais sofrem graves reações de hostilidade – estas com o intuito de adequar a identidade de gênero com o sexo biológico com o qual nasceram – e, sobretudo, exclusão, por apresentarem comportamentos tidos como inadequados e impróprios.

A ruminação pode aumentar e prolongar a angústia através de um mecanismo de retroalimentação, particularmente depressão, a exemplo de aumento do pensamento negativo, e falha no processo metacognitivo (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Bentall *et al.*, 2011). Como no estudo Nolen-Hoeksema, Stice, Wade e Bohon (2007), em que a teoria de estilo de resposta confere teoricamente à ruminação como um estilo cognitivo mal adaptativo de responder à angústia, de igual forma, este estudo considerou os desfechos negativos entre as mulheres transexuais como uma forma de resposta ao estigma internalizado pelos eventos das variadas formas das experiências de abuso emocional nos espaços socializantes.

Pesquisar ruminação entre as minorias de gênero requer compreender o estresse de ter o reconhecimento da identidade social desvalorizada, em comparação com identidades tradicionais (Katz, Joiner, & Kwon, 2002). De acordo com Butchart, Phinney, Kahane, Mian, & Furniss (2006), sobre alguns dos padrões concernentes ao abuso emocional por eles descrito, certamente, entre a população transexual, os mais vivenciados recorrentemente são: desencorajamento à espontaneidade; padrões de menosprezo, tais como culpabilização,

ameaças, amedrontamento, discriminação e/ ou ridicularização e outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil.

O processamento cognitivo da identidade requer atenção autocentrada por meio da qual se incorporam tanto pensamentos reflexivos e ruminativos (Trapnell & Campbell, 1999). Adicionalmente, os indivíduos que se dedicam a experiência de pensamentos ruminativos têm um aumento de resistência ao processar sua identidade com êxito (Luyckx, Soenens, Berzonsky, Smits, Goossens, & Vansteenkiste, 2007), eles são menos susceptíveis de refletir eficazmente sobre a sua identidade, ou podem evitar completamente o tratamento de sua identidade (Berzonsky, 2008).

Nosso estudo reitera esse achado, visto que o abuso emocional na infância entre mulheres transexuais aumentou o nível em ruminação, culminando ao subtipo disfórico e, da mesma forma como no estudo Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick e Goodwill (2015), a frequência de abuso emocional na infância aumentou a severidade nos traços de personalidade *Borderline*. Importante frisar que o papel das dificuldades com regulação emocional sugere que as dificuldades com a regulação emocional são provavelmente específicas para abuso emocional.

Corroborando com a da teoria Modelo do Funcionamento Executivo Autorregulatório (MFEAR), por sua vez, a ruminação consiste de pensamentos repetitivos que visam a amenizar autodiscrepâncias percebidas diante de episódios em que a condição almejada afasta-se significativamente da condição vivida (Matthews & Wells, 2004). A cirurgia de redesignação sexual para transexuais ajuda-nos a entender a relevância desse modelo autorregulatório, pois sugere que a resolução da condição desfavorecida – incongruência entre sua identidade (inversa) e seu sexo biológico – diminui sintomas de ansiedade e depressão, como uma ação em prol da saúde, visto que entre os 14 indivíduos identificados como baixos ruminantes, oito (correspondente a 57,14%) demonstraram ser emocionalmente mais

ajustados. No entanto, acreditamos que, se o estigma for internalizado, e, por meio deste, estruturar um traço de personalidade cujo mecanismo tende a focar a atenção em estratégias mal adaptativas, seja um potencial para o desenvolvimento de um prognóstico negativo.

Muito além dessa intervenção cirúrgica e como benefício para a população transexual, reside a elaboração de uma resolução que vise à contemplação de estratégias de prevenção e/ou mesmo a oficialização de um protocolo de atendimento médico ou psicológico às crianças que apresentem comportamento sexual atípico. Nossa intenção, com o fomento às ideias de intervenções precoces aos pacientes que manifestem comportamento sexual atípico, não pode ser confundida com a finalidade ao processo cirúrgico de redesignação sexual; ao contrário, entendemos que desde muito cedo se faz necessário que sejam acolhidas as manifestações tidas como atípicas expressas nas crianças, através dos jogos, do brincar e das inversões, comumente atuadas, das representações sociais de gênero. A intervenção nada mais é do que acolher, presenciar, compartilhar a construção que a criança internaliza de si mesma através da presença do corpo do terapeuta que se oferece como observador/cúmplice do seu complexo processo de construção simbólica, sem hostilizá-la, julgá-la e, sobretudo, normatizá-la com prescrições. Dessa forma, autoriza-se que a criança consolide, com êxito, uma relação positiva tanto com o espaço quanto com quem a acompanha, de forma a ver sua imagem refletiva no outro que lhe confere e legitima sua singularidade, de forma humana.

Algumas limitações deste estudo precisam ser melhor descritas. Inicialmente, o fator idade precisa ser cuidadosamente analisado, pois essa variável pode ter uma importante contribuição no tipo de desfecho em ruminação. Acredita-se que há um potencial para o erro tipo β no que se refere aos fatores protetivos, visto que a amostra possui um número pequeno de indivíduos, sobretudo, quando categorizamos os dois subtipos de ruminadores. Portanto, futuros estudos devem investigar os fatores de proteção, principalmente, as estratégias de *coping* e resiliência, pois se verificou, entre os pacientes menos ruminantes, pontuações em

resiliência levemente aumentada se comparadas aos dos pacientes que ruminam em nível elevado (tabela 2). Igualmente, o teste de inteligência pode não ter revelado significância, - ainda que possivelmente inversa – para o presente estudo, devido à utilização apenas de dois subtestes; sendo necessária, para futuras pesquisas, uma avaliação de no mínimo oito subtestes para avaliação da *Escala de Wechsler* de inteligência para adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1773-1801. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x
- Bentall, R. P., Myin-Germeys, I., Smith, A., Knowles, R., Jones, S. H., Smith, T., & Tai, S. J. (2011). Hypomanic personality, stability of self-esteem and response styles to negative mood. *Clin Psychol Psychother*, 18(5), 397-410. doi:10.1002/cpp.780
- Berzonsky, M. D. (2008). Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 645-655. doi:[10.1016/j.paid.2007.09.024](https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.024)
- Butchart, A., Phinney, H. A., Kahane, T., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Cooney, R. E., Joormann, J., Eugene, F., Dennis, E. L., & Gotlib, I. H. (2010). Neural correlates of rumination in depression *Cogn Affect Behav Neurosci* (Vol. 10, pp. 470-478). United States.

- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (2007). *Inventário de Personalidade Neo Revisado e Inventário de Cinco Fatores Neo Revisado NEO-FFI-R* (versão curta). São Paulo: Vetor.
- Crow, T., Cross, D., Powers, A., & Bradley, B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1590-1598. doi:10.1016/j.chiabu.2014.05.015
- 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(2), 249-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(12), 1270-1278. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01924.x
- Hatzenbuehler, M. L., Dovidio, J. F., Nolen-Hoeksema, S., & Phillips, C. E. (2009). An implicit measure of anti-gay attitudes: Prospective associations with emotion regulation strategies and psychological distress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(6), 1316-1320. doi:10.1016/j.jesp.2009.08.005
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How does stigma "get under the skin"?: The mediating role of emotion regulation: Research article. *Psychological Science*, 20(10), 1282-1289. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x
- Hertel, P. T. (1998). Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 166-172. doi:10.1037/0021-843X.107.1.166

- Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., . . . Kuroda, S. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *64*(5), 514-519. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x
- Hutz, C.S. & Nunes, C.H.S.S. (2001). *Escala fatorial de ajustamento emocional/Neuroticismo – EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., . . . Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, *167*(7), 748-751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, *17*(3), 262-269. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P. N., & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect*, *34*(11), 833-841. doi:10.1016/j.chiabu.2010.05.002
- Kaplan, H., & Sadock, B.J. (2009). Child Psychiatry. Em B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan, HI & Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 3335-3365). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Katz, J., Joiner, T., Jr., & Kwon, P. (2002). Membership in a Devalued Social Group and Emotional Well-Being: Developing a Model of Personal Self-Esteem, Collective Self-Esteem, and Group Socialization. *Sex Roles*, *47*(9-10), 419-431. doi:10.1023/A:1021644225878

- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(3), 182-189. doi:10.1097/00005053-200303000-00007
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect, 39*, 147-155. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Lee, M.-A. (2015). Emotional abuse in childhood and suicidality: The mediating roles of re-victimization and depressive symptoms in adulthood. *Child Abuse & Neglect, 44*, 130-139. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.016>
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research, 27* (3), 309-330. doi:10.1023/A:1023918517378
- Luyckx, K., Soenens, B., Berzonsky, M. D., Smits, I., Goossens, L., & Vansteenkiste, M. (2007). Information-oriented identity processing, identity consolidation, and well-being: The moderating role of autonomy, self-reflection, and self-rumination. *Personality and Individual Differences, 43*(5), 1099-1111. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.03.003>
- Martins, C. M. S., Baes, C. V., Tofoli, S. M. D., & Juruena, M. F. (2014). Emotional Abuse in Childhood Is a Differential Factor for the Development of Depression in Adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(11), 774-782. doi:10.1097/nmd.0000000000000202
- Matthews, G., & Wells, A. (2004). Rumination, depression, and metacognition: the S-REF model. Em C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Rumination: nature, theory, and*

- treatment of negative thinking in depression* (pp.125-152). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Kishimoto, Y., Terada, S., & Kuroda, S. (2009). Stress-coping strategies of patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(6), 715-720. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.02017.x
- Min, J.-A., Yu, J. J., Lee, C.-U., & Chae, J.-H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1190-1197.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.008>
- Nascimento, E. (2005) *Wais III: Escala de inteligência Wechsler para adultos – manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nolen-Hoeksema, S. (s.d.) *Rumination Scale*. Retrieved from: http://www.yale.edu/snhlab/People_files/Ruminative%20Responses%20Scale.pdf
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207. doi:10.1037/0021-843X.116.1.198
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 9(11), e1001349.
doi:10.1371/journal.pmed.1001349

- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., & Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? *Journal of Affective Disorders, 174*, 287-295.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.028>
- World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and health related problems, ICD-10*. Autor.
- Padilla Paredes, P., & Calvete, E. (2014). Cognitive Vulnerabilities as Mediators between Emotional Abuse and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(5), 743-753. doi:10.1007/s10802-013-9828-7
- Pasquali, L. (1999). Testes Referentes a Construto: Teoria e Modelo de Construção. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentos psicológicos: Manual Prático de Elaboração* (pp.37-71). Brasília, DF: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM.
- Pesce, R., Assis, S., Avanci, J., Santos, N., Malaquias, J., & Carvalhaes, R. (2005). Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos De Saúde Pública, 21*(2), 436-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
- Raes, F., & Hermans, D. (2008). On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: brooding versus reflection. *Depression and anxiety, 25*(12), 1067-1070. doi: 10.1002/da.20447
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences, 44*(3), 576-586. doi:10.1016/j.paid.2007.09.019
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 25*(4), 487-510.
doi:10.1016/j.cpr.2005.01.005

- Schwandt, M. L., Heilig, M., Hommer, D. W., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2013). Childhood Trauma Exposure and Alcohol Dependence Severity in Adulthood: Mediation by Emotional Abuse Severity and Neuroticism. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 37(6), 984-992. doi:10.1111/acer.12053
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209-223. doi:10.1002/jclp.22011
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241. doi:10.1016/s0924-9338(97)83297-x
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284-304. doi:10.1037/0022-3514.76.2.284
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-59.
- Wagner, F., Pawlowski, J., Yates, D. B., Camey, S. A., & Trentini, C. M. (2010). Viabilidade da estimativa de QI a partir dos subtestes Vocabulário e Cubos da WAIS-III. *Psico-USF*, 15(2), 215-224. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000200009>.
- Wallien, M. S., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1307-1314. doi.org/10.1097/chi.0b013e3181373848
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, 64, 737-774

Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Ruminative Response Style *Risk Factors in Depression* (pp. 221-236): Elsevier Inc.

Zanon, C., Borsa, J. C., Bandeira, D. R., & Hutz, C. S. (2012). Relações entre pensamento ruminativo e facetas do neuroticismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29, 173-181.

Zanon, C., & Teixeira, M. A. (2006). Adaptação do Questionário de Ruminação e Reflexão (QRR) para estudantes universitários brasileiros. *Interação em Psicologia*, 10 (1), 75-82.

Tabela 1. Médias de ruminação por classificação da intensidade de experiência do Abuso na infância

Classificação	Mínimo	Baixo a Moderado	Moderado a Grave	Grave a Extremo	Total	Anova
Abuso Emocional	<i>M</i> 16.00± <i>SD</i> 4.099 (n) = 11	<i>M</i> 20.73 ± <i>SD</i> 5.159 (n) = 11	<i>M</i> 22.67 ± <i>SD</i> 3.882 (n) = 6	<i>M</i> 23.91± <i>SD</i> 6.14 (n) =11	<i>M</i> 20.59 ± <i>SD</i> 5.771 (n) =39	<i>F</i> =4.988*
Abuso Físico	<i>M</i> 19.90 ± <i>SD</i> 5.929 (n) = 20	<i>M</i> 19.70 ± <i>SD</i> 5.143 (n) = 10	<i>M</i> 20.00 ± <i>SD</i> 2.582 (n) = 4	<i>M</i> 25.60 ± <i>SD</i> 6.986 (n) =5	<i>M</i> 20.59 ± <i>SD</i> 5.771 (n) =39	<i>F</i> =1.502
Abuso Sexual	<i>M</i> 19.55 ± <i>SD</i> 6.061 (n) = 22	<i>M</i> 21.80 ± <i>SD</i> 5.630 (n) =5	<i>M</i> 21.88± <i>SD</i> 5.842 (n) =8	<i>M</i> 22.25± <i>SD</i> 4.92 (n) =4	<i>M</i> 20.59± <i>SD</i> 5.771 (n) =39	<i>F</i> = 0.536
Negligência Emocional	<i>M</i> 19.06 ± <i>SD</i> 6.104 (n) = 16	<i>M</i> 23.25 ± <i>SD</i> 6.621 (n) =12	<i>M</i> 18.71 ± <i>SD</i> 3.302 (n) =7	<i>M</i> 22.00 ± <i>SD</i> 1.155 (n) =4	<i>M</i> 20.6± <i>SD</i> 5.77 (n) =39	<i>F</i> =1.626
Negligência Física	<i>M</i> 20.32 ± <i>SD</i> 6.310 (n) = 25	<i>M</i> 23.00 ± <i>SD</i> 5.228 (n) =7	<i>M</i> 18.83 ± <i>SD</i> 4.119 (n) =6	<i>M</i> 21.00 ± <i>SD</i> --- (n) =1	<i>M</i> 20.6± <i>SD</i> 5.77 (n) =39	<i>F</i> = 0.593

NOTA. A diferença das médias em ruminação no Abuso Emocional reside entre a classificação de Mínimo a Grave ao extremo com $p= 0,006$; $\omega^2 = \text{ômega quadrado}$ (cálculo para verificar o poder do estudo em análises de médias pela ANOVA)

Tabela 2.

Características entre os subgrupos de escores baixos e altos em ruminação

		Baixo Ruminantes (n)=14	Alto Ruminantes (n)=14
Idade	<i>Md</i>	32 ^(a)	27.5 ^(a)
	<i>IIC</i>	[29.25/44]	[25/32, 25]
Inteligência QI (estimado)		100.71 ± 8.74	103.93± 10.95
	<i>M ± SD</i>		
Anos de Estudo	<i>M ± SD</i>	11.07±3.75 ^(b)	13.57±2.73 ^(b)
Resiliência	<i>Md</i>	156	141
	<i>IIC</i>	[129.25-160]	[134.5-153.25]
Desajustamento Psicossocial	<i>Md</i>	14 [©]	21 [©]
	<i>IIC</i>	[14-20.75]	[17-27.25]
		<i>Baixo Ruminantes</i> <i>Alto Ruminantes</i>	
		(n) =23	
Comorbidade psiquiátrica	Presença %	14.3%	85.7%
	Ausência %	56.3%	43.7%
		<i>Baixo Ruminantes</i> <i>Alto Ruminantes</i>	
		(n) =28	
Abuso Emocional	Mínimo a moderado %	75%	25%
	Moderado a extremo %	16.7 %	^(d) 83.3 %
Doenças sexualmente transmissíveis	Presença %	36.4 %	63.6 %
	Ausência %	58.8 %	41.2 %
Relato de riscos de auto-agressão e hetero- agressão	Presença %	39.1%	60.9%
	Ausência %	^(e) 100%	00%
Relato de tentativa de suicídio	Presença %	27.3%	72.7%
	Ausência %	64.7%	35.3%

Nota. Os testes utilizados para análise de médias foram U= Mann-Whitney e t= de Student. Para^(a) (U=55.000; p=0.048). Para^(b) [t(28) = -2,014; p=0.054]. Para[©] (U=46.000; p=0,015). Para^(d) [χ^2 (1,N=28) = 9.33; p=0.002]. Para^(e) Fisher's Exact Test p=0.041

*Tabela 3**Abuso Emocional como preditora em ruminação*

		B	SE B	β
Passo	Constante	14.40	1.84	
1	Abuso Emocional	2.54	0,68	0.522**
Passo	Constante	12.41	2.30	
2	Abuso Emocional	3.40	0.86	0.61**

Nota. Método utilizado na regressão: Stepwise Enter. $R^2 = 27.3$; ** $p = 0.001$ para o passo 1;

$\Delta R^2 = 37.5$; ** $p = 0.001$ para o passo 2.

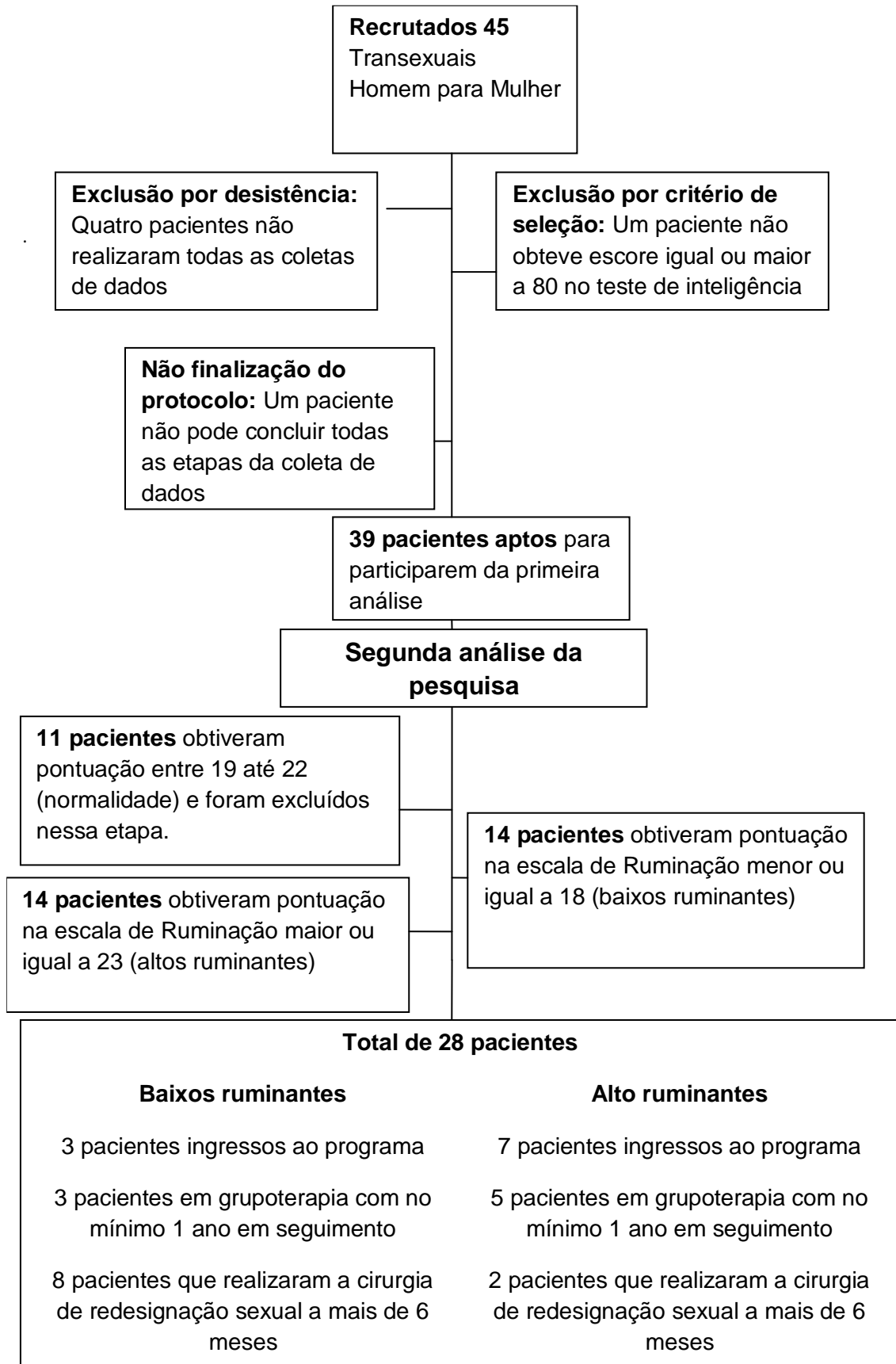


Figura 1- Fluxograma da sistemática de recrutamento e critérios de exclusão dos indivíduos.

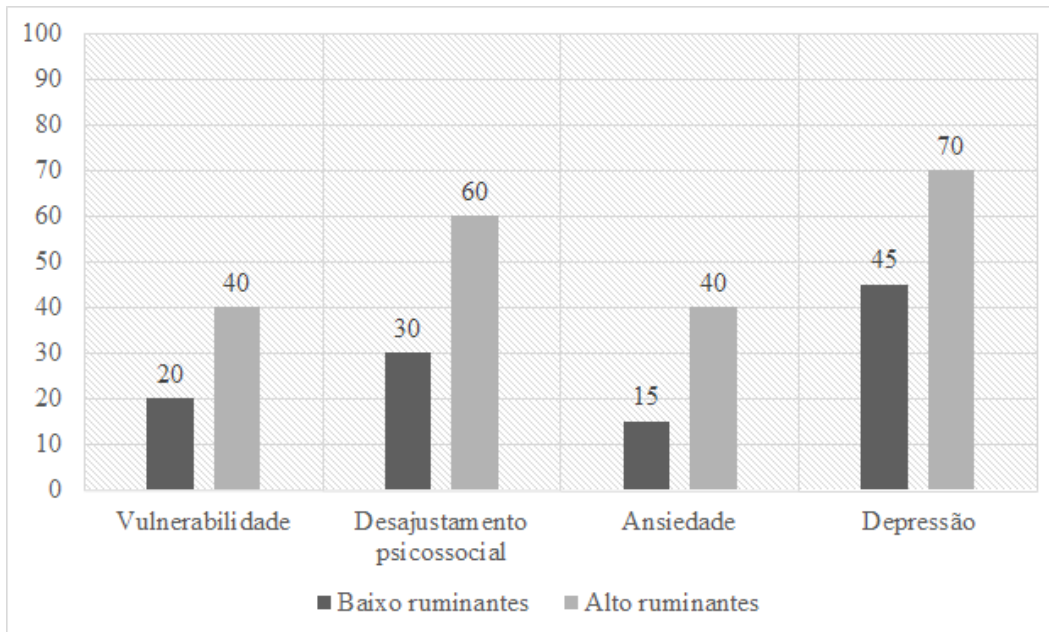


Figura 2- Escores percentílicos por cada fator da escala de neuroticismo (EFN) entre baixos e altos ruminantes.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a importância de compreender as relações entre disforia de gênero e ruminação, tomando-a em seu sentido mais comum, que é a de vinculá-la a sintomas depressivos ao invés de concatená-la exclusivamente à reflexão e preocupação com a percepção dos outros como demonstrou o estudo (78). Ao optar-se pela ruminação, principalmente, reconhecendo-a como uma resposta ou recurso comportamental mal-adaptativo, única e exclusivamente, almejou-se atrelá-la ao presente estudo como um marcador de alteração das condições de saúde mental e física a esta população extremamente vulnerável e de extremo sofrimento psíquico - que não pode ser comparados com indivíduos da população de lésbicas, gays e bissexuais, visto que transexuais sofrem mais estigma do que outros indivíduos de minorias sexuais, conforme apontou o estudo (83).

A presente dissertação apresentou duas relações no desfecho através da variável dependente: ruminação. No primeiro artigo, percebeu-se que intervenções cirúrgicas nas características sexuais primárias e secundárias associaram-se à redução significativa na pontuação na escala de ruminação se comparado aos que não haviam realizado nenhum procedimento. Da mesma forma, no segundo artigo, revelou-se que entre pessoas que pontuaram em nível elevado em ruminação foram classificados como ruminantes disfóricos e estiveram mais propensas a desenvolver pensamentos ruminativos, que culmina a comportamentos provenientes de um estado interno neuroticista, desmotivação e dificuldade de controle dos impulsos. A dificuldade de controle dos impulsos, como uma variável associada ao desfecho negativo encontrou-se em consonância ao resultado de estudo anterior que apontou um aumento de prevalência de traços de personalidade Borderline em pacientes com disforia de gênero se comparado com a população em geral (33).

No entanto, o estudo de Bauerband & Galupo (78) mostra-se promissor, sobretudo, no que diz respeito à relação que sugeriu por meio de evidências as quais haveria um conteúdo específico no pensamento ruminativo de pessoas com variação de gênero que foi altamente correlacionada com ruminação: preocupação com a percepção dos outros. Esta premissa esteve em acordo com a discussão do primeiro artigo da dissertação, cuja aparência física não convincente do gênero expresso parece ser um potencial para rejeição social e sintomas de adoecimento psíquico. Corroborando com a teoria psicobiológica de depressão ao enfatizar que experiências de estresse, particularmente estressores interpessoais e rejeição social, levam ao engajamento em ruminação (70). Monroe (61) define experiência de estresse como

circunstâncias sociais e ambientais que necessitam de adaptação psicológica e fisiológica pelo organismo, ao longo do tempo, em resposta aos desafios externos, percepções desses desafios, e os recursos de enfrentamento que são ativados seguidamente às transformações provenientes das tensões ambientais e sociais.

A situação de estresse para transexuais HpM decorre de uma necessidade em adequar a imagem corporal ao gênero a que sente-se pertencer, e, quando esta não é possível ou convincente, leva o sujeito a vivenciar sentimentos e eventos negativos. A manutenção desta discrepância entre demandas ou estados desejados com a realidade atual desfavorecida é um potencial para o desencadeamento em ruminação (62-64). Os pacientes aos quais adequaram seu sexo anatômico e as características sexuais secundárias ao gênero desejado tiveram benefícios na adaptação psicológica, expressos na redução da ruminação, como já havia vislumbrado a partir de outros desfechos, nos estudos de segmentos com pacientes pós-cirúrgicos (90-94). Porém, essa adaptação ainda precisa ser melhor compreendida: se ela ocorre pela adequação proveniente do sentimento da disforia de gênero ou se ela se dá pela imagem refletida socialmente.

Esse apontamento sugere que ainda restam dúvidas a respeito da natureza do comportamento ruminativo, se inerente a incongruência em relação à identidade de gênero e ao corpo relativo ao contexto de vida das pessoas investigadas. Uma possibilidade de compreender a natureza do comportamento para essa população é a de investigar a variável de tratamento (Cirurgia de redesignação sexual) por dois distintos grupos os quais refletem respectivamente, um grupo com o procedimento cirúrgico realizado e outro sem procedimentos; e, assim, associá-los a história de abuso emocional com o objetivo de avaliar se a cirurgia tem um efeito protetor benéfico muito maior do que o risco de trauma para o desfecho em ruminação quando estas variáveis são colocadas em um mesmo modelo de regressão linear ou logística.

Sugere-se, nesse sentido, a continuidade dessa linha de estudo, implementando-a por meio de um estudo longitudinal, acompanhando o mesmo grupo de pacientes antes e depois dos processos cirúrgicos. De igual forma, o estudo desenvolvido por Bauerband e Galupo mostra-se muito promissor em colaborar com estudos futuros, necessitando, inicialmente, realizar a adaptação do instrumento. À medida que se conheça melhor as relações acima mencionadas, controlando a variável tratamento, buscar-se-á ao melhor enquadramento da

problemática da ruminação como um marcador cognitivo da disforia de gênero dentro do paradigma do RDoC.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. Human Outreach & Achievement Institute. 1966.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-3-R.1987.
3. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10: WHO. 2004.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). 2000.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). 2013.
6. Connellan J, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Batki A, Ahluwalia J. Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior & Development*. 2000;23(1):113-8.
7. Alexander GM, Charles N. Sex Differences in Adults' Relative Visual Interest in Female and Male Faces, Toys, and Play Styles. *Arch Sex Behav*. 2009;38(3):434-41.
8. Hines M. Gender development and the human brain. *Annu Rev Neurosci*. 2011. p. 69-88.
9. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Prog Brain Res*. 2010. p. 41-62.
10. Ward IL, Weisz J. Maternal stress alters plasma testosterone in fetal males. *Science (New York, NY)*. 1980; 207(4428):328.
11. Ward OB, Ward IL, Denning JH, Hendricks SE, French JA. Hormonal mechanisms underlying aberrant sexual differentiation in male rats prenatally exposed to alcohol, stress, or both. *Arch Sex Behav*. 2002;31(1):9-16.
12. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):99-112.
13. Gerra G, Leonardi C, Cortese E, Zaimovic A, Dell'Agnello G, Manfredini M, et al. Adrenocorticotrophic hormone and cortisol plasma levels directly correlate with childhood neglect and depression measures in addicted patients. *Addict Biol*. 2008;13(1):95-104.
14. DeRijk RH. Single Nucleotide Polymorphisms Related to HPA Axis Reactivity. *Neuroimmunomodulation*. 2009;16(5):340-52.
15. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64(5):514-9.
16. Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Kishimoto Y, Terada S, Kuroda S. Stress-coping strategies of patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(6):715-20.
17. Wallien MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 46(10): 1307–1314.

18. Kersting A, Reutemann M, Gast U, Ohrmann P, Suslow T, Michael N, et al. Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(3):182-9.
19. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
20. Browne A, Finkelhor D. Impact of Child Sexual Abuse. A Review of the Research. *Academic Psychol Bull.* 1986;99(1):66-77.
21. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children - A review and synthesis of recent empirical-studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-80.
22. Polusny MA, Follette VM. long-term correlates of child sexual abuse - Theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol.* 1995;4(3):143-66.
23. Crow T, Cross D, Powers A, Bradley B. Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect.* 2014;38(10):1590-8.
24. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults - The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58.
25. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Jama PN, Puren A. Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse & Neglect.* 2010;34(11):833-41.
26. Martins CMS, Baes CV, Tofoli SMD, Juruena MF. Emotional Abuse in Childhood Is a Differential Factor for the Development of Depression in Adults. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(11):774-82.
27. Schwandt ML, Heilig M, Hommer DW, George DT, Ramchandani VA. Childhood Trauma Exposure and Alcohol Dependence Severity in Adulthood: Mediation by Emotional Abuse Severity and Neuroticism. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(6):984-92.
28. Shapero BG, Black SK, Liu RT, Klugman J, Bender RE, Abramson LY, et al. Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *J Clin Psychol.* 2014;70(3):209-23.
29. Lee M-A. Emotional abuse in childhood and suicidality: The mediating roles of re-victimization and depressive symptoms in adulthood. *Child Abuse & Neglect.* 2015;44:130-9.
30. Massing-Schaffer M, Liu RT, Kraines MA, Choi JY, Alloy LB. Elucidating the relation between childhood emotional abuse and depressive symptoms in adulthood: The mediating role of maladaptive interpersonal processes. *Pers Individ Dif.* 2015;74:106-11.
31. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect.* 2015;39:147-55.
32. Butchart A, Phinney HA, Kahane T, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence.: Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006.

33. Lobato MI, Koff WJ, Schestatsky SS, Chaves CPdV, Petry A, Crestana T, et al. Clinical Characteristics, Psychiatric Comorbidities and Sociodemographic Profile of Transsexual Patients from an Outpatient Clinic in Brazil. *Int J Transgend*. 2007;10(2):69-77.
34. Zanon C, Teixeira MAP. Adaptação do Questionário de Ruminação e Reflexão (QRR) para estudantes universitários brasileiros. *Interação em Psicologia*. 2006;10(1):75-82.
35. Fenigstein A, Scheier MF, Buss AH. Public and private self consciousness: assessment and theory. *J Consult Clin Psychol*. 1975;43(4):522-7.
36. Turner RG, Scheier MF, Carver CS, Ickes W. Correlates of self-consciousness. *J Pers Assess*. 1978;42(3):285-9.
37. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavalley LF, Lehman DR. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *J Pers Soc Psychol*. 1996;70(1):141-56.
38. Jostes A, Pook M, Florin I. Public and private self-consciousness as specific psychopathological features. *Pers Individ Dif*. 1999;27(6):1285-95.
39. Bands RM, Belloch A, Perpina C. Self-consciousness scale: a study of spanish housewives. *Psychol Rep*. 1990;66(3):771-4.
40. Burnkrant RE, Page Jr TJ. A Modification of the Fenigstein, Scheier, and Buss Self-Consciousness Scales. *J Pers Assess*. 1984;48(6):629-37.
41. Ruipérez MA, Belloch A. Dimensions of the self-consciousness scale and their relationship with psychopathological indicators. *Pers Individ Dif*. 2003;35(4):829-41.
42. Ben-Artzi E. Factor Structure of the Private Self-Consciousness Scale: Role of Item Wording. *J Pers Assess*. 2003;81(3):256-64.
43. Trapnell PD, Campbell JD. Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *J Pers Soc Psychol*. 1999;76(2):284-304.
44. Hertel PT. Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *J Abnorm Psychol*. 1998;107(1):166-72.
45. Ghaznavi S, Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. *Biol Mood Anxiety Disord*. 2012;2 (2):2-11.
46. Wisco BE, Nolen-Hoeksema S. Ruminative Response Style. *Risk Factors in Depression*: Elsevier Inc.; 2008. p. 221-36.
47. Cooney RE, Joormann J, Eugene F, Dennis EL, Gotlib IH. Neural correlates of rumination in depression. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2010; 10: 470-8.
48. Harris PW, Pepper CM, Maack DJ. The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Pers Individ Dif* 2008;44(1):150-60.
49. Thomsen DK. The association between rumination and negative affect: A review. *Cogn Emot*. 2006;20(8):1216-35.
50. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008;3(5):400-24.

51. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Pers Individ Dif*. 2008;44(3):576-86.
52. Wong QJJ, Moulds ML. Does Rumination Predict the Strength of Maladaptive Self-Beliefs Characteristic of Social Anxiety Over Time? *Cognit Ther Res*. 2012;36(1):94-102.
53. Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2010;24(6):623-8.
54. Tucker RP, Wingate LR, Sligh ML, O'Keefe VM, Cole AB, Hollingsworth DW. Rumination, Suicidal Ideation, and the Mediating Effect of Self-Defeating Humor. *Eur J Psychol*. 2014;10(3):492-504.
55. Bentall RP, Myin-Germeys I, Smith A, Knowles R, Jones SH, Smith T, et al. Hypomanic personality, stability of self-esteem and response styles to negative mood. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(5):397-410.
56. Nolen - Hoeksema S, Harrel ZA. Rumination, Depression, and Alcohol Use: Tests of Gender Differences. *J Cogn Psychother: An Internacional Quarterly*. 2002;16(4):391-403.
57. Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a Mechanism Linking Stressful Life Events to Symptoms of Depression and Anxiety: Longitudinal Evidence in Early Adolescents and Adults. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(2):339-52.
58. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull*. 1994;115(3):424-43.
59. O'Mahen HA, Karl A, Moberly N, Fedock G. The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? *J Affect Disord*. 2015;174:287-95.
60. Raes F, Hermans D. On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: brooding versus reflection. *J Depress Anxiety*. 2008;25(12):1067-70.
61. Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008: 33-52.
62. Carver CS, Scheier MF. Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior. 1981.
63. Martin LL, Tesser A. Some ruminative thoughts. In: Martin LL, Tesser A, editors. *Ruminative Thoughts Contributors: Robert S Wyer Jr*. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates; 1996. p. 1-47.
64. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull*. 2008;134(2):163-206.
65. Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Dovidio J. How does stigma "get under the skin"? The mediating role of emotion regulation: Research article. *Psychol Sci*. 2009;20(10):1282-9.
66. Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN, Oaten M. Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers*. 2006;74(6):1773-801.

67. Inzlicht M, McKay L, Aronson J. Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychol Sci.* 2006;17(3):262-9.
68. Scher CD, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(4):487-510.
69. Segal ZV, Ingram RE. Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression *Clin Psychol Rev.* 1994;14(7):663-95.
70. Slavich GM, O'Donovan A, Epel ES, Kemeny ME. Black sheep get the blues: A psychobiological model of social rejection and depression. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010;35(1):39-45.
71. Slavich GM, Way BM, Eisenberger NI, Taylor SE. Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010;107(33):14817-22.
72. Beauregard M, Lévesque J, Bourgouin P. Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *J Neurosci: the official journal of the Society for Neuroscience.* 2001;21(18).
73. Lane RD, Reiman EM, Axelrod B, Yun LS, Holmes A, Schwartz GE. Neural correlates of levels of emotional awareness: Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex. *J Cogn Neurosci.* 1998;10(4):525-35.
74. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci.* 2005;9(5):242-9.
75. Somerville LH, Heatherton TF, Kelley WM. Anterior cingulate cortex responds differentially to expectancy violation and social rejection. *Nat Neurosci.* 2006;9(8):1007-8.
76. Johnson MK, Raye CL, Mitchell KJ, Touryan SR, Greene EJ, Nolen-Hoeksema S. Dissociating medial frontal and posterior cingulate activity during self-reflection. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2006;1(1):56-64.
77. Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(1):198-207.
78. Bauerband LA, Galupo MP. The gender identity reflection and rumination scale: Development and psychometric evaluation. *J Couns Dev.* 2014;92(2):219-31.
79. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognit Ther Res.* 2003;27(3):247-59.
80. Fraser L. Depth psychotherapy with transgender people. *Sex Relation Ther.* 2009;24(2):126-42.
81. Lasser J, Tharinger D. Visibility management in school and beyond: A qualitative study of gay, lesbian, bisexual youth. *J Adolesc.* 2003;26(2):233-44.
82. Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Q.* 2001;25(1):37-47.
83. Weiss JT. GL vs. BT: The Archaeology of Biphobia and Transphobia Within the U.S. Gay and Lesbian Community. *J Bisex.* 2003;3(3-4):25-55.

84. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):748-51.
85. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saude Publica*. 2006;40(2):249-55.
86. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12(5):232-41.
87. Hutz, CS, Nunes, CH. Escala fatorial de ajustamento emocional/Neuroticismo EFN. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
88. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*. 2005;21(2):436-48.
89. Nascimento, E. Wais III: Escala de inteligência Wechsler para adultos – manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.
90. De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):679-90.
91. Gijs L, Brewaeys A. Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annu Rev Sex Res*. 2007;18:178-84.
92. Hess J, Neto RR, Panic L, Rübber H, Senf W. Satisfaction With Male-to-Female Gender Reassignment Surgery: Results of a Retrospective Analysis. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111(47):795-801.
93. Klein C, Gorzalka BB. Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: a review. *J Sex Med*. 2009;6(11):2922-39; quiz 40-1.
94. Lobato MI, Koff WJ, Crestana T, Chaves C, Salvador J, Petry AR, et al. Using the defensive style questionnaire to evaluate the impact of sex reassignment surgery on defensive mechanisms in transsexual patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):303-6.
95. Zanon, C, Borsa, JC, Bandeira, DR, Hutz,CS. Relações entre pensamento ruminativo e facetas do neuroticismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2012; 29:173-181.
96. Wagner F, Pawlowski J, YatesDB, CameySA, TrentiniCM. Viabilidade da estimativa de QI a partir dos subtestes Vocabulário e Cubos da WAIS-III. *Psico-USF*. 2010; 15(2): 215-224. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000200009>
97. Luyckx K, Soenens B, Berzonsky MD, Smits I, Goossens L, Vansteenkiste M. Information-oriented identity processing, identity consolidation, and well-being: The moderating role of autonomy, self-reflection, and self-rumination. *Pers Individ Dif*. 2007;43(5):1099-111.
98. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J, Braun L. Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: Consistency and change over time. *J Sex Res*. 2006;43(1):46-58.
99. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2009;20(5):348-61.

100. Fassinger RE, Arseneau JR. "I'd Rather Get Wet Than Be Under That Umbrella": Differentiating the Experiences and Identities of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. In: Bieschke KJ, Perez RM, DeBord KA, editors. Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients (2nd ed). Washington, DC, US: American Psychological Association; 2007. p. 19-49.

8. ANEXOS

✓ ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA – HCPA.



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140243

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MARIA INES RODRIGUES LOBATO

ANDRESSA MUELLER

Título: Avaliação dos Mecanismos de Ruminação em Pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 02 de maio de 2014.


Prof. Eduardo Pandozi Passos
Coordenador GPPG/HCPA

✓ ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do estudo: “**Avaliação dos Mecanismos de Ruminação em Pacientes portadores de Transtorno de Identidade de Gênero**”.

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação mínima para quem considerar participar deste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e, se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que o(a) senhor(a) tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e os seus direitos, o(a) senhor(a) poderá contatar a médica psiquiatra Dra Maria Inês Lobato ou a pesquisadora e psicóloga Andressa Mueller no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo número (51) 3359-8294. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado pelo no número (51) 3359-7640 de segunda a sexta-feira das 8 as 17hrs.

O que é comportamento ruminativo ou Ruminação?

O comportamento ruminativo ou Ruminação pode ser compreendido, de forma simplificada, como manifestação psicológica ou sintomatológica em que se constata frequentemente, na rotina de pessoas acometidas; a persistência do humor negativo, de crenças negativas de si mesmo e, sobretudo, um intenso sentimento de angústia que o acompanha por significativo tempo, com tentativa em compreendê-lo. À medida que a pessoa que apresenta este sintoma ou comportamento ruminativo busca compreender a angústia cuja origem desconhece, com dificuldades em pensar racionalmente, foca-se em grande parte nos sintomas, desencadeando o ciclo que a mantém repetida e passivamente presa e, por conseguinte, em sofrimento de importância clínica.

Qual o objetivo desta pesquisa?

Este estudo tem por finalidade verificar se há presença ou não do comportamento ruminativo em pacientes transexuais, já que os mesmos, na sua grande maioria, vivenciam experiências traumáticas desde muito cedo, quando se iniciam as manifestações de comportamentos sexuais atípicos. Sua participação neste trabalho vai nos auxiliar a conhecer melhor qual relação que existe entre o comportamento ruminativo e o Transtorno de Identidade de Gênero.

O que acontecerá neste estudo?

Você apenas responderá às questões de cada um dos questionários que totalizam 6 (seis). Estes materiais serão de grande importância para conhecermos aspectos da sua vida bem como de características psicológicas, sociais, eventos vivenciados na infância sua e de cada um dos participantes. O procedimento para coletar essas informações deve ocorrer entre 3 a 5 encontros, cada um com uma hora de duração. São contabilizadas, dentro desse tempo, as entrevistas iniciais obrigatórias para ingresso ao PROTIG, aonde se coletam 3 dos 6 descritos. Contudo, um dos questionários é mais complexo e vai exigir que você venha para o hospital somente para esta finalidade. Outros dois questionários serão aplicados no dia em que você terá consulta no ambulatório do PROTIG, considerando que o espaço físico para este fim ocorra em outro local, dentro das dependências deste hospital, sem interferir na sua consulta médica ou em seu encontro de grupo.

Quais os benefícios em participar deste estudo?

Os benefícios de você participar deste estudo recaem diretamente sobre o fato de conhecermos melhor a relação entre o comportamento de ruminação e a transexualidade. Esta população possui maior incidência à vulnerabilidade psicossocial, bem como o desenvolvimento de algumas enfermidades psiquiátricas, quando comparados com a população geral, devido ao expressivo grau de sofrimento ao qual estão expostos desde a infância. Já é sabido que a associação de eventos e afetos negativos vivenciados e internalizados como experiências traumáticas, bem como a exposição ao estresse e o início de um sofrimento psicológico acentuado, corroboram com achados de que tanto a ruminação quanto eventos traumáticos indicam início de depressão e ansiedade. Estes indicativos comprometem o desenvolvimento psíquico, social e físico.

Uma vez que tivermos mais conhecimentos a respeito da relação entre comportamento ruminativo e transexualismo, deseja-se, com este, que se diminuam os fatores de vulnerabilidade a que estão submetidos essa população. Os resultados desta produção de conhecimento podem orientar a prática clínica no sentido de prevenir, principalmente, a instauração do comportamento ruminativo e, quando esta não for mais possível, prever estratégias que possam oferecer um prognóstico mais adaptativo tanto aos ingressantes quanto os que já se submeteram ao processo de redesignação sexual.

Quais são os direitos dos participantes?

Os pesquisadores desse estudo talvez precisem examinar os seus registros como o prontuário, a fim de verificar informações. No entanto, os seus registros médicos serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados desse estudo poderão ser enviados para publicação em um jornal científico, mas você não será identificado pelo nome. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida em qualquer momento do estudo, não participar, isto não afetará o tratamento normal a que você tem direito. Os procedimentos da pesquisa não serão cobrados de você, e você ainda receberá a segunda via desse termo para arquivo em documentos pessoais.

Quais são os riscos que envolvem este estudo?

Não são conhecidos todos os riscos associados aos procedimentos previstos. Porém, um dentre estes pode ser o sentimento de desconforto em falar sobre temas íntimos como a transexualidade, preconceito/violência, sexualidade e suas experiências de vida de maneira ampla.

Os pesquisadores estarão disponíveis em todos os momentos para esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa e o/a participante tem a liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e para seu atendimento no HCPA.

Quais são as responsabilidades dos participantes?

Os participantes desse estudo comprometem-se a responder os questionários sem omitir informações.

Será mantida privacidade e sigilo absoluto em relação à identidade ou dados que permitam a identificação dos/as participantes. Os dados coletados serão armazenados pelos pesquisadores responsáveis em local seguro junto ao PROTIG-HCPA.

Eu, _____ fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de forma clara e detalhada, assim como esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento posso interromper minha participação e esclarecer mais questões sobre a pesquisa. Fui informado (a) de que, caso tenha alguma questão quanto à pesquisa, posso contatar a Psiquiatra Maria Inês Lobato, responsável pela pesquisa, pelo telefone (51) 3359-8294 ou pelo e-mail mirlobato@gmail.com.

O pesquisador _____ certifica-me de que todos os dados referentes a mim serão confidenciais, somente para fins de pesquisa, e que, meu tratamento no PROTIG/HCPA não sofrerá nenhuma influência pela participação ou pelo desligamento a esta pesquisa. Tenho liberdade para retirar meu consentimento em qualquer momento.

Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do paciente: _____

Assinatura do Paciente

Data: (___/___/___)

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador

Data: (___/___/___)

Nome do pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Maria Inês Rodrigues Lobato

Assinatura do pesquisador responsável.

Data: (___/___/___)

✓ ANEXO C - ESCALA RSQ (RESPONSES STYLES QUESTIONNAIRE)

(Versão adaptada com 10 itens de um conjunto original de 22 sentenças).

Dados de Identificação

Nome Social: _____

Nome de Registro de Nasc: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ N° Prontuário HCPA: _____

Leia o texto de instrução abaixo com muita atenção!

As pessoas pensam e fazem coisas diferentes quando se sentem mal. Por favor, leia cada um dos itens abaixo e indique se você quase nunca, às vezes, frequentemente ou quase sempre pensa ou faz cada uma dessas coisas quando se sente mal (angustiado). Por favor, indique o que você geralmente pensa ou faz, e não o que você acha que deveria pensar ou fazer.

1. Pensa “O que eu estou fazendo para merecer isso?”			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
2. Analisa eventos recentes para tentar entender porque você está deprimido(a)			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
3. Pensa “Por que eu sempre reajo desse jeito?”			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
4. Vai embora sozinho(a) e pensa sobre por que você se sente desse jeito?			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
5. Toma nota do que você está pensando e analisa isso.			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
6. Pensa sobre uma situação recente, desejando que tivesse sido melhor.			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
7. Pensa “Por que eu tenho problemas que as outras pessoas não têm?”.			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
8. Pensa “Por que eu não consigo lidar melhor com as coisas?”.			

1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
9. Analisa sua personalidade e tenta entender porque você está deprimido(a).			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
10. Vai para algum lugar sozinho(a) para pensar sobre seus sentimentos			
1. Quase nunca	2. Às vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre

Para uso exclusivo do aplicador.

Some a pontuação de cada um dos itens e transcreva os escores para a tabela no início do protocolo (CHECKLIST). Por *exemplo*: A escala possui 10 itens. Para calcular o escore do sujeito acompanhe o raciocínio a seguir: hipoteticamente, considerando que o sujeito que atribuiu para cada uma das 10 questões, como frequentemente (3), a soma total atribuída a esse paciente é igual a : $10 \times 3 = 30$. **Ou seja, EP: 30.**

✓ ANEXO D – ESCALA DE RESILIÊNCIA

Leia atentamente cada uma das seguintes sentenças e marque na folha a resposta, através de um valor numérico que indique o quanto a frase descreve suas opiniões, sentimentos ou atitudes, Sendo:

1 - (discordo totalmente)

4 - (não discordo e não concordo)

7 - (concordo totalmente).

Quanto mais você acha que esta frase é apropriada para descrever seu pensamento, mais próximo do “7” você deve marcar; quanto menos você acha que essa sentença é apropriada, mais próximo do “1” você deve marcar. Se você considerar que a sentença expresse sua opinião, sentimentos e atitudes “mais ou menos”, marque o número 4.

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim						
1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra						
1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa						
1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim						
1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar						
1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida						
1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação						
1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo						
1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo						
1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado						
1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas						
1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez						
1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes						
1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado						
1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas						
1	2	3	4	5	6	7

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir						
1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis						
1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar						
1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras						
1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não						
1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido						
1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas						
1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída						
1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer						
1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim						
1	2	3	4	5	6	7

Para uso exclusivo do aplicador

Transcreva os escores para a tabela abaixo e some, ao final de cada item, o escore total obtido pelo examinado e, por último, passe os respectivos valores para a folha de início do protocolo (CHECKLIST).

Fator	Questões															Escore total
F 1	1	2	6	7	8	10	11	12	14	16	18	19	21	23	25	F 1 TOTAL
F 2	4	5	15	25												F2 TOTAL
F 3	3	9	13	17	20	22										F3 TOTAL

✓ ANEXO E – Escala de Trauma na infância (CTQ)

Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ)

Identificação: _____
 Idade: _____ Sexo: _____

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você deseja mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

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

✓ Observação:

O item 28 da Escala foi adicionado em todas as escalas, manualmente, com o seguinte conteúdo: “minha família foi uma fonte de força e apoio.”

ANEXO F – Escala de Neuroticismo - EFN

EFNCLAUDIO S. HUTZ
CARLOS HENRIQUE S.S. NUNES**Caderno de Aplicação****Instruções:**

Leia atentamente cada uma das seguintes sentenças e marque na Folha de Respostas o quanto ela é adequada para descrever suas opiniões, sentimentos ou atitudes.

Se você acha que a frase descreve muito bem suas opiniões, sentimentos ou atitudes, marque o "7". Se você acha que essa frase absolutamente não o descreve bem, marque "1".

Quanto mais você acha que esta frase é apropriada para descrevê-lo, mais próximo do "7" você deve marcar; quanto menos você acha que essa sentença é apropriada, mais próximo do "1" você deve marcar. Se você considerar que a sentença o descreve "mais ou menos", marque "4".

1. completamente inadequada, "a sentença não descreve nenhuma característica minha"
4. neutro, "mais ou menos"
7. perfeitamente adequada, "a sentença me descreve perfeitamente bem"



© 2005, Casa do Psicólogo® Editora Ltda
Rua Mourato Coelho, 1059 – 05417-011 – São Paulo SP – Tel.: (11) 3034-3600
email: testes@casadopsicologo.com.br site: www.casadopsicologo.com.br