

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**KASSIÉLEN FORTES RÖSLER**

**IMPACTO DO TRAUMA NA INFÂNCIA: UMA ANÁLISE DO  
PAPEL MEDIADOR DA RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA NOS  
SINTOMAS DEPRESSIVOS APÓS PSICOTERAPIA**

**Pelotas (RS)**

**2023**

**KASSIÉLEN FORTES RÖSLER**

**IMPACTO DO TRAUMA NA INFÂNCIA: UMA ANÁLISE DO  
PAPEL MEDIADOR DA RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA NOS  
SINTOMAS DEPRESSIVOS APÓS PSICOTERAPIA**

,

Defesa de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

**Orientador:** Dr. Ricardo Azevedo da Silva

**Pelotas (RS)**

**2023**

## **IDENTIFICAÇÃO**

**Título:** Impacto do trauma na infância: Uma análise do papel mediador da resiliência psicológica nos sintomas depressivos após Psicoterapia

**Discente:** Kassiélen Fortes Rösler

**Orientador:** Prof. Drº. Ricardo Azevedo Silva

**Instituição:** Universidade Católica de Pelotas

**Centro:** Centro de Ciências da Vida e da Saúde

**Curso:** Mestrado em saúde e comportamento

**Linha de Pesquisa:** Psicologia e saúde

**Data:** 21 de dezembro de 2023

## FICHA CATALOGRÁFICA

Rösler, Kassiélen Fortes

Impacto do trauma na infância: uma análise do papel mediador da resiliência psicológica nos sintomas depressivos após psicoterapia resiliência psicológica, trauma na infância e depressão/ **Kassiélen Fortes Rösler**. - Pelotas: UCPEL, 2023.

74 f.

Orientador: Dr.Ricardo Azevedo da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento. - Pelotas, BR-RS, 2023.

1. Sintomas depressivos. 2. Resiliência psicológica. 3. Traumas de infância 4. Psicoterapia. I.Silva, Ricardo Azevedo da. II.Título.

Bibliotecária responsável: Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

## RESUMO

**Introdução:** Quando manifestados de maneira desadaptativa, os mecanismos de defesa (MD) fundamentados na perspectiva psicanalítica estão correlacionados a níveis reduzidos de resiliência psicológica (RP) e diversas manifestações de sintomatologia psiquiátrica, incluindo a depressão. Esta condição incapacita os indivíduos de se adaptarem e manterem bem-estar mental diante de eventos estressantes.

**Objetivo:** Avaliar o impacto dos mecanismos de defesa na resiliência psicológica após o término de tratamento em psicoterapia breve com indivíduos deprimidos, bem como verificar o efeito mediador do trauma na infância nessa relação.

**Métodos:** Trata-se de um estudo quase-experimental inserido em um ensaio clínico randomizado, envolvendo 111 adultos de 18 a 60 anos com depressão que foram submetidos a psicoterapia no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas. Para avaliar mecanismos de defesa, resiliência psicológica, trauma na infância e sintomas depressivos e ansiosos, serão utilizados: *Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40)*, *Escala de Resiliência (ER)*, *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, *Beck Depression Inventory (BDI-II)* e *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, respectivamente. Variáveis sociodemográficas serão avaliadas por meio de um questionário elaborado pela equipe de pesquisa.

**Resultados:** A psicoterapia teve efeitos positivos em relação à melhora de sintomas depressivos, ansiosos e níveis de resiliência no pós-tratamento. Ainda, maiores níveis de trauma na infância predisseram significativamente maiores níveis de sintomas depressivos e ansiosos, mesmo após o controle para possíveis fatores de confusão. Além disso, a resiliência psicológica foi um fator mediador crucial nesta relação.

**Conclusão:** Este estudo contribui ao fornecer evidências importantes sobre o efeito indireto da resiliência na relação entre trauma na infância e sintomas depressivos em pacientes com TDM. As descobertas reforçam a importância da resiliência no contexto clínico de pacientes deprimidos com histórico de trauma na infância, proporcionando evidências que delineiam uma trajetória promissora para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais específicas e uma abordagem clínica mais abrangente, focada não apenas na redução de sintomas, mas na promoção ativa da resiliência como um mecanismo eficaz de enfrentamento.

**Palavras-chave:** Mecanismos de defesa; Resiliência psicológica; Trauma na infância.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** When manifested in a maladaptive way, defense mechanisms (DM) based on the psychoanalytic perspective are correlated with reduced levels of psychological resilience (PR) and various manifestations of psychiatric symptoms, including depression. This condition prevents individuals from adapting and maintaining mental well-being in the face of stressful events.

**Objective:** To assess the impact of defense mechanisms on psychological resilience after the end of brief psychotherapy treatment with depressed individuals, as well as to verify the mediating effect of childhood trauma on this relationship.

**Methods:** This is a quasi-experimental study within a randomized clinical trial, involving 111 adults aged between 18 and 60 with depression who underwent psychotherapy at the Mental Health Research and Extension Outpatient Clinic at the Catholic University of Pelotas. Defense mechanisms, psychological resilience, childhood trauma and depressive and anxious symptoms will be assessed: Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40), Resilience Scale (RS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Beck Depression Inventory (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively. Sociodemographic variables will be assessed using a questionnaire drawn up by the research team.

**Results:** Psychotherapy had positive effects in relation to improving depressive and anxious symptoms and levels of resilience at post-treatment. In addition, higher levels of childhood trauma significantly predicted higher levels of depressive and anxious symptoms, even after controlling for possible confounding factors. Furthermore, psychological resilience was a crucial mediating factor in this relationship.

**Conclusion:** This study contributes by providing important evidence on the indirect effect of resilience on the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in MDD patients. The findings reinforce the importance of resilience in the clinical context of depressed patients with a history of childhood trauma, providing evidence that outlines a promising trajectory for the development of more specific therapeutic strategies and a more comprehensive clinical approach, focused not only on symptom reduction, but on the active promotion of resilience as an effective coping mechanism.

**Keywords:** Defense mechanisms; Psychological resilience; Childhood trauma.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PARTE I - Projeto de Pesquisa: Mecanismos de Defesa e Resiliência Psicológica: O</b>   | <b>8</b>  |
| Efeito Mediador do Trauma na Infância   |           |
| Introdução  | 9         |
| Objetivos e Hipóteses   | 11        |
| Revisão da literatura   | 12        |
| Método  | 20        |
| Divulgação dos resultados   | 26        |
| Cronograma e desenvolvimento das atividades   | 27        |
| Orçamento   | 28        |
| Referências   | 29        |
| <b>PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO: <i>Impact of childhood trauma: An analysis of the mediating role of psychological resilience in depressive symptoms after psychotherapy (Journal of Affective Disorders)</i></b> | <b>34</b> |
| Considerações finais  | 59        |
| Apêndices   | 60        |

**PARTE I - PROJETO DE PESQUISA**  
*MECANISMOS DE DEFESA E RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA:  
O EFEITO MEDIADOR DO TRAUMA NA INFÂNCIA*

## 1. INTRODUÇÃO

Mecanismos de defesa consistem em padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos, operam como estratégias de enfrentamento para mitigar estressores internos ou externos (APA, 2013; CARVALHO *et al.*, 2013; CRAMER; COLLEGE, 2015). Atuando predominantemente no nível inconsciente, esses mecanismos são fundamentais para proteger o indivíduo contra a percepção de estados afetivos prejudiciais, sendo classificados conforme sua maturidade e adaptabilidade (EIZIRIK; BASSOLS, 2013; WAIKAMP *et al.*, 2021). As defesas adaptativas possibilitam a gestão consciente de eventos estressores, contribuindo para a resolução saudável de conflitos internos e externos (ZERACH; ELKLIT, 2020), enquanto as defesas desadaptativas ocorrem quando os conflitos não são abordados de maneira clara e consciente, resultando em expressões menos saudáveis e controladas do estresse (STRANDHOLM *et al.*, 2016).

No contexto da resiliência psicológica, definida como a capacidade de adaptação positiva após adversidades (DANÍELSDÓTTIR *et al.*, 2022; KALISCH *et al.*, 2017; RUTTER, 2006), a relação com os mecanismos de defesa revela que indivíduos resilientes são proficientes em utilizar mecanismos de defesa saudáveis para enfrentar eventos estressantes (NISHIMI *et al.*, 2021; SHEERIN *et al.*, 2018). Abusos e negligências na infância podem desencadear respostas desadaptativas, distorcendo a percepção da realidade, limitando a capacidade de adaptação e resiliência a longo prazo, e perpetuando padrões disfuncionais (COLOVIC *et al.*, 2016; ESKIN; AKOGLU; UYGUR, 2006; STRANDHOLM *et al.*, 2016). Mecanismos de defesa maduros podem ser indicadores de resiliência psicológica, desempenhando um papel crucial na adaptação ao trauma, especialmente em adultos que enfrentaram adversidades na infância, influenciando sua capacidade de lidar e se recuperar de experiências traumáticas (PROUT *et al.*, 2019).

Embora haja poucos estudos que explorem como os mecanismos de defesa afetam o desenvolvimento da resiliência psicológica e a predisposição a transtornos mentais, especialmente em resposta a adversidades na infância, a importância de atualizações e novas investigações nesse campo é enfatizada diante das mudanças sociais, avanços tecnológicos e contextos contemporâneos (COLOVIC *et al.*, 2016; PROUT *et al.*, 2019; ZERACH; ELKLIT, 2020). A resiliência psicológica na idade adulta, influenciada durante a infância, destaca a vulnerabilidade desse período de neurodesenvolvimento, onde experiências negativas podem prejudicar o equilíbrio do estado mental interno (ESKIN; AKOGLU; UYGUR, 2006; PROUT *et al.*, 2019).

Investigar como o trauma na infância pode aumentar a propensão a mecanismos de defesa desadaptativos e diminuir os níveis de resiliência psicológica na idade adulta é essencial para compreender a capacidade de lidar com desafios, comprometendo a adaptação e recuperação diante de adversidades (MENG *et al.*, 2018; PROUT *et al.*, 2019). A avaliação do impacto dos mecanismos de defesa na resiliência psicológica, juntamente com a investigação do efeito mediador do trauma na infância, apresenta relevância significativa no campo da psicologia, oferecendo insights sobre processos relacionados a traumas precoces e suas implicações a longo prazo.

## 2. OBJETIVOS & HIPÓTESES

### 2.1 Objetivo Geral

Examinar a influência dos mecanismos de defesa na resiliência psicológica após a conclusão da psicoterapia breve em indivíduos deprimidos, e investigar a possível mediação do trauma na infância nessa relação durante o período de acompanhamento (baseline vs. pós-tratamento).

- *Hipótese*: Há uma relação significativa entre os mecanismos de defesa e a resiliência psicológica em indivíduos deprimidos da cidade de Pelotas. Considerando o trauma na infância como fator mediador nessa relação, uma vez que os indivíduos que foram expostos a experiências traumáticas nessa fase tendem a apresentar defesas imaturas e menor resiliência psicológica.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Investigar a associação entre resiliência psicológica e os distintos tipos de mecanismos de defesa (maduros, neuróticos e imaturos) em indivíduos diagnosticados com depressão.
  - *Hipótese*: associação positiva entre resiliência psicológica e mecanismos de defesa maduros, bem como uma correlação negativa com mecanismos neuróticos e imaturos em indivíduos diagnosticados com depressão.
- Analisar a relação entre resiliência psicológica e os diversos mecanismos de defesa (maduros, neuróticos e imaturos) em pacientes deprimidos que foram expostos a eventos traumáticos na infância.
  - *Hipótese*: O trauma na infância irá influenciar significativamente a correlação entre resiliência e mecanismos de defesas maduros e neuróticos. É esperado que a experiência de trauma e fortaleça a correlação entre resiliência e mecanismos de defesas imaturos em indivíduos deprimidos.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### - Estratégias de busca

Esta revisão bibliográfica foi conduzida por meio da pesquisa nas bases de dados Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em novembro de 2023 (*Tabela 1*). Foram empregados os seguintes descritores indexados (MeSH terms) associados à operadores Booleanos (OR/AND): *Resilience, Psychological, Defense mechanisms, Adult Survivors of Child Adverse Events, Adverse Childhood Experiences*. Os filtros aplicados nas bases de dados Pubmed e BVS foram limitados aos últimos 5 anos e a estudos envolvendo seres humanos. As pesquisas bibliográficas foram carregadas no Endnote© X9 (Thomson Reuters, Nova York, NY, EUA) - versão 20.0, e os registros duplicados foram removidos automaticamente (BRAMER; BAIN, 2017). Um pesquisador independente selecionou os estudos em duas etapas no Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>). Após a remoção automática e manual de duplicatas, um total de 136 artigos foi inicialmente identificado e triado de acordo com os critérios de elegibilidade; 99 foram excluídos por leitura de título/resumo. Posteriormente, 37 artigos foram excluídos após uma análise completa, resultando na inclusão de 19 registros nesta revisão literária.

**Tabela 1.** Estratégias de busca utilizadas. Pelotas (RS), Brasil, 2023.

| Descritores e operadores Booleanos   | Pubmed/MEDLINE<br>(Encontrados / Seleccionados) (n) | BVS<br>(Encontrados / Seleccionados) (n) |
|--|---|--|
| "Resilience, Psychological" AND "Adverse Childhood Experiences" OR "Adult Survivors of Child Adverse Events" | 57 / 9  | 36 / 4                                   |
| "Resilience, Psychological" AND "defense mechanisms"   | 31 / 3  | 2 / -                                    |
| "Defense mechanisms AND "Adverse Childhood Experiences" OR "Adult Survivors of Child Adverse Events"         | 12 / 3  | - / -                                    |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100 / 15</b>                                     | <b>36 / 4</b>                            |

#### 3.2 Síntese descritiva

##### - Mecanismos de defesa

Os mecanismos de defesa representam configurações de processos cognitivos, emocionais e comportamentais involuntários concebidos para ocultar ou mitigar fatores estressores, sejam eles de origem interna ou externa (APA, 2000; CARVALHO *et al.*, 2013; CRAMER, 2015). Adicionalmente, esses mecanismos se caracterizam como fenômenos

psíquicos emergentes na infância inicial, sendo inconscientes em natureza, intervindo nos processos psicológicos para salvaguardar o indivíduo da conscientização de estados afetivos prejudiciais (CRAMER, 2015; EIZIRIK; BASSOLS, 2013; WAIKAMP *et al.*, 2021).

Conforme a teoria psicanalítica, os mecanismos de defesa predominantemente operam no domínio do inconsciente, o que implica que frequentemente sua operação nos escapa à consciência (WAIKAMP *et al.*, 2021). Essas estratégias defensivas, categorizadas segundo diferentes graus de maturidade e adaptabilidade, manifestam-se de diversas maneiras. Destaca-se na literatura a importância da identificação dos mecanismos de defesa mais preponderantes no paciente para uma formulação clínica abrangente, uma vez que nenhum estado mental pode ser compreendido de modo apropriado sem essa análise (CARVALHO *et al.*, 2013a, CARVALHO *et al.*, 2013b; CRAMER, 2015).

Consoante um modelo hierárquico prévio, tais categorias de defesas são agrupadas de acordo com seu nível de maturidade, respectivamente. Nesse sentido, defesas classificadas como adaptativas e/ou maduras estão intrinsecamente relacionadas à maturidade no desenvolvimento e são consideradas as mais salutares, pois propiciam o manejo consciente do estressor tanto a nível afetivo quanto ideacional, atenuando conflitos internos e externos (VAILLANT, 1992; ZERACH; ELKLIT, 2020). Ao empregá-las, o indivíduo é capaz de enfrentar construtivamente desafios, mitigando a ansiedade e promovendo a resolução satisfatória de conflitos (COLOVIC *et al.*, 2016; CRAMER, 2015). Ademais, esses mecanismos defensivos adaptativos demonstram eficácia no enfrentamento de adversidades, contribuindo para a busca de soluções apropriadas. Por outro lado, as defesas neuróticas emergem quando conflitos não são abordados de modo claro e consciente pelo indivíduo, resultando em expressões desadaptativas e menos controladas do estresse, ocasionando excessiva ansiedade e menor domínio da situação (STRANDHOLM *et al.*, 2016). Dessarte, esses mecanismos de defesa estão associados a um nível intermediário de maturidade emocional e tendem a distorcer a percepção da realidade, provocando desconforto emocional e perpetuando padrões disfuncionais de comportamento (COLOVIC *et al.*, 2016; CRAMER, 2015).

Por sua vez, nas defesas classificadas como desadaptativas e/ou imaturas, os conflitos são tratados de forma expressiva e inconsciente, levando o indivíduo a distorcer a percepção de si mesmo e dos outros, bem como a atribuir de maneira inadequada os sentimentos a causas externas (COLOVIC *et al.*, 2016; PERRY *et al.*, 2020; ZERACH; ELKLIT, 2020). Logo, mecanismos de defesa imaturos são geralmente empregados quando uma pessoa carece das habilidades necessárias para enfrentar desafios de modo saudável. Essas estratégias podem ser

prejudiciais, impedindo o indivíduo de confrontar situações de maneira realista, resultando em acumulação exacerbada de ansiedade e persistência de problemas (COLOVIC *et al.*, 2016; CRAMER, 2015; TABAKCI *et al.*, 2020).

Importa destacar que os mecanismos de defesa não são inerentemente prejudiciais, desempenhando, ao invés, uma função protetora no âmbito psicológico. No entanto, seu uso excessivo ou inadequado pode acarretar prejuízos, interferindo no funcionamento saudável do indivíduo (COLOVIC *et al.*, 2016; CRAMER, 2015; STRANDHOLM *et al.*, 2016; TABAKCI *et al.*, 2020). Portanto, apesar dos avanços na pesquisa, ainda se depara com uma escassez de estudos recentes aprofundando a compreensão acerca da dinâmica desses mecanismos, sua diversidade e os impactos que podem exercer na vida das pessoas. Tal conhecimento é crucial para promover o bem-estar psicológico e desenvolver estratégias de intervenção eficazes.

Ressalta-se que há um padrão de defesas que tende a ser mais prevalente em cada indivíduo, integrando-se aos estilos individuais de personalidade e à forma como cada pessoa enfrenta as situações (CRAMER, 2015; TABAKCI *et al.*, 2020). Destarte, em diferentes momentos, observa-se uma predominância variável de defesas maduras, neuróticas e imaturas (TABAKCI *et al.*, 2020). Nesse contexto, a habilidade de empregar uma diversidade de defesas, especialmente as maduras, de maneira flexível, contribui para a redução da ansiedade, fortalecimento da resiliência e ajustamento psicológico adequado. Ademais, a maioria das pesquisas correlaciona o uso de defesas imaturas com diversas manifestações de sintomatologia psiquiátrica, como transtornos de personalidade, depressão e ansiedade (HERSOUG *et al.*, 2013; NISHIMI *et al.*, 2021; SHEERIN *et al.*, 2018; TABAKCI *et al.*, 2020).

Além disso, os resultados de um estudo longitudinal envolvendo uma amostra de adolescentes corroboraram a capacidade dos estilos de defesas imaturas, avaliados pelo instrumento DSQ-40, de prever sintomas psiquiátricos (PERRY *et al.*, 2020; WAIKAMP *et al.*, 2021; ZERACH; ELKLIT, 2020). De maneira análoga, em um estudo transversal envolvendo adultos entre 18 e 64 anos, constatou-se que indivíduos que tendem a empregar mecanismos de defesa imaturos, também avaliados pelo DSQ-40, apresentam maior propensão a manifestar traços patológicos de personalidade (CARVALHO; REIS; PIANOWSKI, 2019). Em uma publicação conduzida por SCAINI *et al.*, (2022), visando avaliar o impacto dos estilos de defesa no baseline sobre os sintomas depressivos ao final de seis meses de acompanhamento em psicoterapia, entre pacientes deprimidos com e sem transtornos de personalidade (TPs), observou-se que um maior uso de defesas imaturas (avaliado pelo DSQ-40) entre os pacientes deprimidos com TPs pode prever pior resposta à psicoterapia breve. A partir dessa pesquisa, que utiliza o mesmo conjunto de dados do estudo em pauta, ressalta-se a relevância de avaliar

os mecanismos de defesa no contexto do tratamento de indivíduos com depressão, desempenhando um papel fundamental ao orientar abordagens terapêuticas mais eficazes e direcionadas aos pacientes deprimidos, levando em consideração a complexa interação entre mecanismos de defesa e sintomas depressivos (SCAINI *et al.*, 2022).

Uma meta-análise revisou estudos com populações clínicas de adultos e concluiu que pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) relataram pontuações significativamente mais baixas no estilo de defesas maduras e pontuações mais altas nos estilos neurótico e imaturo, quando comparados a indivíduos do grupo controle. O instrumento DSQ-40 foi utilizado nessas pesquisas para avaliar os mecanismos de defesa (CALATI *et al.*, 2010). Esses resultados corroboram estudos anteriores que também estabeleceram a associação entre sintomas psiquiátricos e estilos de defesa imaturos (CALATI *et al.*, 2010; COLOVIC *et al.*, 2016; RUTTER, 2006).

Os mecanismos de defesa são considerados elementos intrínsecos e relativamente estáveis dos processos psicológicos individuais, empregados pelos sujeitos como estratégias de enfrentamento em situações de conflito e resposta a eventos estressantes (FREUD, 1936). Porém, é possível considerar que esses mecanismos também possam constituir uma resposta a um estado afetivo atual (BOND, 2004). Em outras palavras, não apenas representam estratégias de enfrentamento estáveis, mas também podem ser acionados como forma de lidar com emoções negativas ou desafiadoras.

### **- Resiliência psicológica e Mecanismos de defesa**

A resiliência psicológica, um fenômeno dinâmico e multifacetado presente em todos os níveis de funcionamento, é definida como a capacidade dos indivíduos se adaptarem de maneira positiva após a vivência de adversidades, como dificuldades econômicas, problemas de saúde, conflitos familiares e eventos desafiadores (DANIÉLSDÓTTIR *et al.*, 2022; KALISCH *et al.*, 2017; NISHIMI *et al.*, 2021; RUTTER, 2006). Essa capacidade resiliente possibilita que os indivíduos enfrentem efetivamente adversidades, superem dificuldades e promovam seu próprio bem-estar (ESKIN; AKOGLU; UYGUR, 2006).

Um aspecto relevante dessa dinâmica é a interação entre a resiliência psicológica e os mecanismos de defesa. Estudos indicam que indivíduos com altos níveis de resiliência psicológica demonstram maior habilidade em empregar mecanismos de defesa saudáveis, permitindo-lhes lidar eficazmente com eventos estressantes (NISHIMI *et al.*, 2021; SHEERIN *et al.*, 2018). Além disso, essa capacidade de adaptação e regulação emocional desempenha um papel crucial na preservação do bem-estar mental, prevenindo o surgimento de sintomatologia

psicopatológica resultante de eventos estressores (NISHIMI *et al.*, 2021; SHEERIN *et al.*, 2018).

Pesquisas indicam que mecanismos de defesa maduros podem ser indicadores válidos de resiliência psicológica, desempenhando um papel importante na adaptação ao trauma, especialmente em adultos que experimentaram adversidades na infância. Esses mecanismos influenciam a forma como esses indivíduos lidam e se recuperam de experiências traumáticas (PROUT *et al.*, 2019; WAIKAMP *et al.*, 2021). Entretanto, a literatura sugere que a presença de determinados mecanismos de defesa no funcionamento interno do sujeito pode influenciar a capacidade de adaptação e a predisposição para transtornos psicológicos (KIM *et al.*, 2018; PARREIRA, 2013). Ainda assim, há uma lacuna na compreensão de como os mecanismos de defesa podem afetar o desenvolvimento da resiliência psicológica e indicar uma predisposição a transtornos mentais ou serem utilizados de maneira mal adaptativa em resposta a eventos estressores.

Recentemente (2022), um estudo observacional avaliou a resiliência psicológica através da Escala de Resiliência em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico ambulatorial, e os resultados identificaram uma correlação positiva entre maior nível resiliência, uso de mecanismos de defesa adaptativos e menores níveis de sintomas depressivos e/ou ansioso (SANTOS *et al.*, 2022). Além disso, em um estudo transversal de 2017, constatou-se que uma maior resiliência psicológica, medida pela ER, atenuou o impacto de experiências adversas na infância nos sintomas depressivos em adultos jovens (YOUSSEF *et al.*, 2017).

Não obstante, outras investigações também destacaram a resiliência psicológica como um construto fundamental na saúde mental e no bem-estar, fornecendo recursos de suporte para enfrentar os desafios da vida. A presença de fatores de proteção associados à resiliência, tanto em níveis individuais quanto nos domínios familiar e social, pode reduzir a probabilidade de consequências negativas decorrentes de eventos estressores (MENG *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2022; YOUSSEF *et al.*, 2017). Fortalecendo a capacidade de adaptação em múltiplos níveis, a resiliência psicológica desempenha um papel crucial na promoção do desenvolvimento saudável e na prevenção de transtornos psicopatológicos relacionados a vivências adversas (MENG *et al.*, 2018).

No entanto, é possível observar que há uma escassez de estudos detalhados sobre como os mecanismos de defesa e a resiliência psicológica podem influenciar a predisposição a transtornos mentais ou serem utilizados de maneira prejudicial por vítimas de experiências traumáticas na infância. A investigação sistemática e robusta dessa temática é necessária para

uma compreensão mais detalhada da associação entre mecanismos de defesa e resiliência psicológica, bem como como o trauma na infância pode influenciar essa relação.

***- Papel do trauma na infância na relação entre mecanismos de defesa e resiliência psicológica***

O papel do trauma na infância na relação entre mecanismos de defesa e resiliência psicológica tem sido objeto de destaque em diversas pesquisas. É amplamente reconhecido na literatura científica que a resiliência psicológica está associada positivamente a indicadores abrangentes de qualidade de vida, estando correlacionada com um menor risco de psicopatologia e menor probabilidade de traumatização diante de adversidades (MENG *et al.*, 2018). Além disso, a resiliência psicológica está vinculada a um maior bem-estar mental percebido e ao uso de mecanismos de defesa adaptativos, promovendo a superação efetiva de desafios (LUTHAR *et al.*, 2000; MENG *et al.*, 2018; YOUSSEF *et al.*, 2017).

A literatura indica que traumas, abusos, privações e outras adversidades podem desencadear respostas de defesa desadaptativas, distorcendo a percepção da realidade e mantendo padrões de comportamento disfuncionais (COLOVIC *et al.*, 2016; STRANDHOLM *et al.*, 2016). Embora os mecanismos de defesa possam oferecer uma sensação temporária de proteção, quando desadaptativos, podem limitar a capacidade de adaptação positiva e de resiliência a longo prazo nos indivíduos (ESKIN; AKOGLU; UYGUR, 2006). Um estudo populacional com 26.198 mulheres entre 18 e 69 anos destacou a associação significativa entre a exposição cumulativa a adversidades na infância e uma menor resiliência psicológica na idade adulta, independentemente de fatores socioeconômicos e apoio social recebido (DANÍELSDÓTTIR *et al.*, 2022). Isso sugere que alcançar um nível robusto de resiliência psicológica em várias áreas do funcionamento é um desafio para aqueles que vivenciaram maus-tratos na infância.

A resiliência psicológica na idade adulta é frequentemente moldada durante a infância, um período de neurodesenvolvimento inicial particularmente vulnerável e sensível (LUTHAR *et al.*, 2000). Experiências de vida negativas nessa fase podem afetar adversamente a capacidade de resiliência psicológica, resultando em um desequilíbrio no estado mental interno (ESKIN; AKOGLU; UYGUR, 2006; PROUT *et al.*, 2019). Isso destaca a importância de compreender e abordar os efeitos duradouros das experiências adversas na saúde mental.

Considerando a importância da resiliência psicológica no enfrentamento de adversidades, é crucial entender os fatores que influenciam essa capacidade adaptativa, especialmente porque a exposição a adversidades na infância pode desviar o curso normal do

desenvolvimento (ESKIN; AKOGLU; UYGUR, 2006; PROUT *et al.*, 2019), resultando em escassez de recursos básicos, como o uso de defesas desadaptativas, e conseqüentemente menos resiliência psicológica, tornando o indivíduo mais suscetível ao sofrimento psíquico. Experiências traumáticas na infância podem ter efeitos significativos nos mecanismos de defesa e na resiliência psicológica, perturbando o equilíbrio mental interno e afetando negativamente o desenvolvimento de mecanismos adaptativos e estratégias de enfrentamento (KIM *et al.*, 2018). O uso de defesas desadaptativas e a possível diminuição da resiliência psicológica podem resultar em maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico diante de eventos desafiadores na vida, impactando negativamente na saúde mental (DANÍELSDÓTTIR *et al.*, 2022).

A importância da resiliência psicológica no processo terapêutico de crianças em psicoterapia psicodinâmica é bem estabelecida na literatura, visto que ela permite melhor adaptação e recuperação de adversidades emocionais. Os mecanismos de defesa, em particular, influenciam a resiliência e devem ser compreendidos e abordados adequadamente durante a terapia, oferecendo diretrizes para uma prática clínica mais efetiva (PROUT *et al.*, 2019). A presença de uma infância segura e protetora, em particular, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de um ego íntegro e integrado, permitindo que as vítimas lidem de maneira mais adaptativa com suas experiências emocionais (PROUT *et al.*, 2019; WAIKAMP *et al.*, 2021). A capacidade de lidar com emoções e desenvolver defesas mais saudáveis na idade adulta é um fator relevante na promoção da resiliência psicológica. Assim, é crucial entender a relação entre a maturidade e adaptabilidade dos mecanismos de defesa e a resiliência psicológica. Pesquisas sugerem que quanto mais maduras e adaptativas forem as defesas, maior poderá ser a resiliência psicológica e menor a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico (CRAMER, 2015; KALISCH *et al.*, 2017; PROUT *et al.*, 2019; WAIKAMP *et al.*, 2021).

Em síntese, os estudos destacam a importância de investigar como o trauma na infância pode aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de mecanismos de defesa desadaptativos e diminuição dos níveis de resiliência psicológica na idade adulta, prejudicando a habilidade de lidar positivamente com desafios e comprometendo a capacidade de adaptação e recuperação diante de adversidades (LUTHAR *et al.*, 2000; MENG *et al.*, 2018; PROUT *et al.*, 2019). A avaliação do impacto dos mecanismos de defesa na resiliência psicológica, juntamente com a investigação do efeito mediador do trauma na infância nessa relação, possui relevância significativa na psicologia, oferecendo insights valiosos sobre processos relacionados a traumas precoces e suas repercussões a longo prazo. Portanto, compreender os efeitos do trauma na infância e suas implicações para os mecanismos de defesa e resiliência psicológica é

fundamental para a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções eficazes que visam fortalecer os recursos adaptativos e promover a recuperação após experiências adversas.

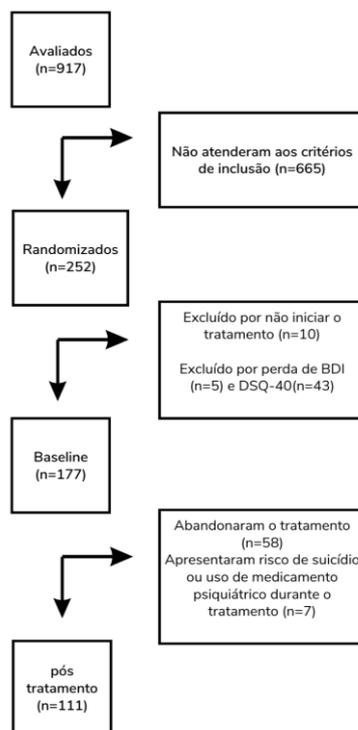
## 4. MÉTODO

### - *Delineamento e aspectos éticos*

Trata-se de um estudo quase-experimental clínico aninhado a um ensaio clínico randomizado. O estudo, intitulado: “*Processo terapêutico, fatores psicossociais e biológicos em dois modelos de psicoterapia para depressão*”, foi desenvolvido na Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas (RS), Brasil. A *JBI (Joanna Briggs Intitute) Checklist for Quasi-Experimental Studies* foi utilizado para nortear o reporte das informações neste estudo (JBI, 2023). O protocolo deste projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel (#46/2012) (*Apêndice 1*). Todos os participantes receberam informações específicas sobre os objetivos do estudo e forneceram seu consentimento livre e esclarecido por meio de um termo de consentimento.

### - *Amostra*

A amostra foi composta por 917 adultos de 18 a 60 anos de idade, que realizaram tratamento psicoterapêutico no ensaio clínico realizado no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPEL. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra total será composta por 111 sujeitos (*Figura 1*).



**Figura 1.** Flowchart do processo de seleção amostral. Pelotas (RS), Brasil, 2023

Os participantes do presente ensaio clínico foram recrutados no intervalo temporal compreendido entre julho de 2012 e dezembro de 2015, mediante a utilização de um método de conveniência. A seleção da amostra baseou-se na divulgação do ensaio clínico em meios de comunicação e instituições de saúde locais, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e hospitais, com o intuito de maximizar a participação de indivíduos. Os critérios de elegibilidade abrangeram aqueles que procuraram espontaneamente o ambulatório, tendo conhecimento do estudo por meio da mídia ou por encaminhamento dos profissionais de saúde mental municipais. Vale salientar que a coleta de dados referente a este projeto já foi integralmente realizada.

Os participantes considerados elegíveis situavam-se na faixa etária entre 18 e 60 anos e haviam recebido diagnóstico de depressão major pela equipe do estudo, por meio da utilização da versão brasileira do Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus) (AMORIM, 2000). Exclusões foram aplicadas a participantes que não responderam ou compreenderam os instrumentos de pesquisa, àqueles que estavam sob tratamento psicoterapêutico ou farmacológico externo, participantes que apresentaram risco de suicídio e/ou evidenciaram uso abusivo de substâncias psicoativas, ou ainda, àqueles que tinham diagnóstico de depressão secundária a outra condição patológica. Essas exclusões foram implementadas com o propósito de assegurar a qualidade dos dados, a segurança dos participantes e a homogeneidade da amostra.

#### **- Coleta de dados**

Um questionário estruturado, composto por questões objetivas, foi aplicado por pesquisadores previamente treinados e calibrados. Foram coletadas variáveis sociodemográficas e econômicas, assim como realizada a triagem de transtornos mentais comuns, histórico de trauma na infância, uso de mecanismos de defesa e perfil de resiliência dos participantes. O questionário de pesquisa contendo todas as variáveis utilizadas neste estudo podem ser encontrado no *Apêndice 2*.

A idade dos participantes de ambos os sexos (feminino/masculino – variável categórica dicotômica) foi coletada em anos completos (média; desvio padrão – variável quantitativa contínua). Foram identificados participantes com  $\leq 8$  anos de completos de estudo e àqueles com  $> 8$  anos ou mais anos completos de estudo (variável categórica dicotômica). A cor da pele foi avaliada de acordo com critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), que classifica etnicamente a população brasileira em indivíduos brancos, pardos, negros, amarelos ou indígenas. Para fins estatísticos, este estudo identificou

participantes brancos e não brancos – variável categórica dicotômica. A “classe econômica” foi verificada de acordo com critério da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas, no qual categoriza a população em classes e subclasses econômicas a partir do número de bens duráveis que a família possui e o nível de escolaridade do chefe da família. São oito subclasses, sendo a classe A1 aquela com as melhores condições socioeconômicas (maior pontuação) e a classe E com as piores condições (menor pontuação) (ABEP, 2011). Para fins estatísticos, este estudo identificou participantes incluídos nas classes C/D/E, e àqueles pertencentes às classes A/B (variável categórica dicotômica).

A avaliação do histórico de trauma na infância na amostra foi conduzida por meio do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). O CTQ é um inventário de autorrelato composto por 28 itens validado para uso na população brasileira. Este instrumento investiga retrospectivamente a ocorrência e intensidade de trauma em cinco domínios específicos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. A pontuação total é obtida pela soma dos itens, com uma pontuação inversa aplicada ao domínio de negligência emocional. Conforme a literatura, são estabelecidos pontos de corte, sendo: Abuso físico (15), abuso emocional (15), abuso sexual (8), negligência emocional (15) e negligência física (10), indicando a presença ou ausência de trauma em cada um dos domínios (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006). Para este estudo específico, a intenção é realizar a correção do CTQ por meio de uma análise quantitativa contínua, possibilitando uma avaliação minuciosa para identificar padrões e tendências longitudinais, bem como diferenças entre distintos grupos de participantes (NE/NF/AE/AF/A; variável quantitativa contínua).

Para a avaliação da intensidade dos sintomas ansiosos entre os participantes, utilizou-se a versão brasileira do *Beck Anxiety Inventory* (BAI) (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Esta escala de autoavaliação, composta por 21 itens, abrange tanto aspectos fisiológicos quanto psicológicos da ansiedade. Os participantes responderam a esses itens utilizando uma escala do tipo Likert de 4 pontos (0 a 3), variando desde "Absolutamente não" até "gravemente: dificilmente pude suportar". O escore total permitiu a classificação em níveis de intensidade de ansiedade, a saber: mínima, leve, moderada e grave. O inventário apresentou boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste satisfatória em um intervalo de uma semana. A pontuação máxima pode atingir 63 pontos, enquanto a mínima é zero (sintomas ansiosos; variável quantitativa contínua).

O *Beck Depression Inventory* (BDI) é uma ferramenta utilizada para avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos. Composto por 21 itens, cada um apresentando quatro alternativas de escolha, esse instrumento atribui escores de 0 a 3 às respostas dos participantes.

A soma desses escores resulta em um escore total que reflete a gravidade da sintomatologia depressiva. Inicialmente desenvolvido para mensurar a intensidade de sintomas depressivos na população idosa, o BDI foi adaptado para o contexto brasileiro em 2011 (GORENSTEIN *et al.*, 2011). A interpretação do BDI-II é realizada somando-se os escores dos 21 itens, permitindo a classificação da depressão em níveis de intensidade, a saber: mínima, leve, moderada e severa. A pontuação máxima atinge 63 pontos, enquanto a mínima é zero [sintomas depressivos; variável quantitativa contínua].

O *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40), desenvolvido por BOND *et al.*, (1983), foi utilizado para avaliar derivados conscientes de mecanismos de defesa. O DSQ-40 visa avaliar estilos de defesa e é composto por 40 itens associados às defesas apresentadas no DSM-III-R. Cada item é pontuado de 1 discordo totalmente a 9 concordo totalmente. O instrumento avalia 20 tipos de defesas com dois itens para cada tipo. As defesas são divididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro estão relacionadas ao fator neurótico (desfazer, pseudoaltruísmo, idealização e formação de reação) e doze estão relacionadas ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, 'fantasia autista', negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). A versão adaptada para o Brasil foi proposta por BLAYA *et al.*, (2005) e demonstrou satisfatória confiabilidade. Os escores das defesas individuais foram calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa e os escores dos fatores através do cálculo dos escores médios das defesas que pertencem a cada fator. Assim, cada item pode ser avaliado em uma escala de 1 a 9, na qual 1 indica "discordo totalmente" e 9 indica "concordo totalmente" [defesas maduras vs. defesa neuróticas vs. defesas imaturas; variável quantitativa contínua].

A *Resilience Scale* (WAGNILD; YOUNG, 1993), foi submetida a um processo de adaptação e tradução para o contexto brasileiro por PESCE *et al.*, (2005), onde apresentou satisfatório coeficiente de correlação [0,746 (IC 0,624% e 0,829%)], tornando-se um dos raros instrumentos destinados à mensuração dos níveis de adaptação psicossocial positiva diante de eventos de vida significativos. Composta por 25 itens formulados de maneira afirmativa, os participantes fornecem respostas tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A pontuação total da escala abrange uma faixa de 25 a 175 pontos, sendo valores mais elevados indicativos de maior resiliência.

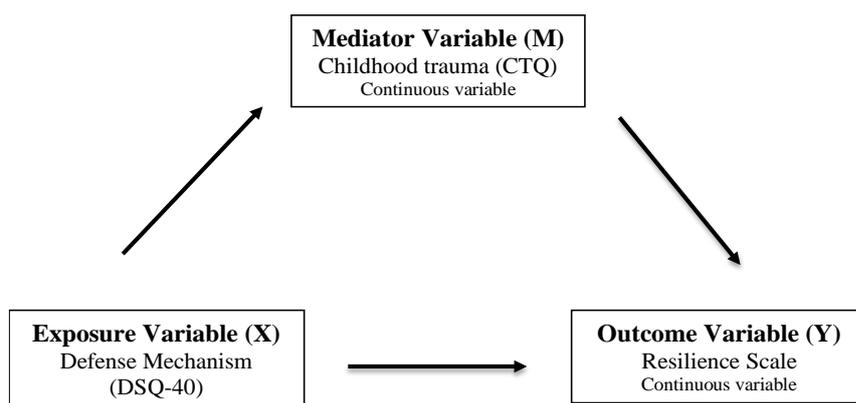
#### **- Manejo estatístico dos dados**

Os dados foram duplamente digitados e validados no EpiData® (versão 3.1). Todas as

análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS (IBM, versão 27.0) (ISV). Os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis mediante solicitação prévia ao pesquisador responsável (RSA; KJ), de acordo com os Princípios de Dados FAIR ([www.force11.org/group/fairgroup/fairprinciples](http://www.force11.org/group/fairgroup/fairprinciples)) (WILKINSON et al., 2016).

Neste estudo, a resiliência psicológica foi considerada variável independente (desfecho). As variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico dos participantes, presença de transtornos mentais comuns, histórico de trauma na infância, e o uso de mecanismos de defesa foram as variáveis independentes (exposição). A análise descritiva das variáveis foi observada a partir da distribuição das frequências absolutas e relativas, tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão e intervalo interquartil – IIQ 25; 75). Análises bivariadas (teste  $\chi^2$  e/ou teste T de Student man whitney) foram realizadas.

A regressão linear foi utilizada para analisar a associação entre os mecanismos de defesa e resiliência psicológica. Por fim, um modelo de mediação foi testado seguindo o método descrito em estudos prévios (PREACHER; HAYES, 2008; HAYES, 2017) com uso da ferramenta de modelagem PROCESS (versão 3.3) para o SPSS (*Figura 2*). Para o controle de possíveis fatores de confusão, foram consideradas todas as variáveis com  $p < 0,20$  na análise bruta e que estiverem associadas tanto ao desfecho quanto a exposição simultaneamente. Para todos os testes estatísticos foram consideradas associações significativas quando  $p < 0,05$ .



**Figura 2:** Modelo de mediação entre as variáveis de interesse. Pelotas (RS), Brasil, 2023.

#### ***- Riscos e benefícios aos participantes do estudo***

A potencial fonte de risco para os participantes do estudo principal está associada ao eventual desconforto decorrente das respostas fornecidas durante as entrevistas. Contudo, é

importante salientar que o presente projeto não acarretará riscos adicionais aos participantes, uma vez que se baseará em um banco de dados já existente. Em relação aos benefícios vinculados ao estudo principal, os participantes receberam diagnóstico clínico especializado, bem como encaminhamento, quando apropriado, para os serviços de saúde mental do município ou para o tratamento proposto pelo ensaio clínico. Os ganhos específicos deste projeto residem na produção de conhecimento, visando contribuir para a comunidade científica, profissionais de saúde e a população em geral.

#### **4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados preliminares derivados do presente estudo serão apresentados em congressos e simpósios científicos de alcance nacional e internacional. Além disso, os resultados finais serão submetidos à publicação em periódicos renomados na área da Psicologia Médica, com classificação QUALIS A1-A3.

## 7. CRONOGRAMA E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

As atividades desta pesquisa foram realizadas de acordo com o cronograma apresentado abaixo (*Quadro 1*).

**Quadro 1.** Cronograma de execução das atividades deste estudo. Pelotas (RS), Brasil, 2023.

| ATIVIDADES                 | 2023 (meses) |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|----------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|                            | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. Revisão de literatura   |              |   | X | X | X | X | X |   |   |    |    |    |
| 2. Elaboração do projeto   |              |   | X | X | X | X | X |   |   |    |    |    |
| 3. Qualificação do projeto |              |   |   |   |   |   | X |   |   |    |    |    |
| 4. Análise dos dados       |              |   |   |   |   |   |   | X | X | X  |    |    |
| 5. Redação do artigo       |              |   |   |   |   |   |   |   |   | X  | X  | X  |
| 6. Defesa                  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | X  |

Durante o desenvolvimento da pesquisa, ajustes significativos foram feitos na proposta original. Inicialmente, planejávamos avaliar o trauma na infância como mediador entre mecanismos de defesa e resiliência. Contudo, após análise detalhada dos dados, optamos por modificar o modelo mediador. Ao invés de direcionar a análise apenas para o trauma na infância, redirecionamos o foco estatístico para a resiliência, investigando seu papel mediador na relação entre trauma na infância e a gravidade dos sintomas depressivos pós-tratamento. Essas adaptações buscam aprimorar a qualidade e relevância das descobertas, contribuindo significativamente ao campo da psicologia, capturando a complexidade das interações entre trauma na infância, resiliência e sintomas depressivos em indivíduos deprimidos pós-terapia. Essa etapa de ajuste do protocolo de pesquisa não interferiu no cronograma de execução previamente estabelecido.

## **5. ORÇAMENTO**

O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). O valor total alocado para o projeto foi de R\$16.260,00. Este projeto não resultou em despesas adicionais, estando todas as despesas contempladas no financiamento do projeto principal.

## REFERÊNCIAS

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. (2011). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 20 de dezembro de 2023.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: *American Psychiatric Association*, 2013.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 106-115, 2000.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child abuse & neglect**, v. 27, n. 2, p. 169-190, 2003.

BLAYA, C. et al. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, p. 255-258, 2004.

BOND, M. Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. **Harvard review of psychiatry**, v. 12, n. 5, p. 263-278, 2004.

BRAMER, W.; BAIN, P. Updating search strategies for systematic reviews using EndNote. **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, v. 105, n. 3, p. 285, 2017.

CALATI, R. et al. The use of the defence style questionnaire in major depressive and panic disorders: A comprehensive meta-analysis. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 83, n. 1, p. 1-13, 2010.

CARVALHO, A. F. et al. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. **Journal of affective disorders**, v. 146, n. 1, p. 58-65, 2013a.

CARVALHO, A. F. et al. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. **Journal of affective disorders**, v. 146, n. 1, p. 58-65, 2013b.

CARVALHO, L. F.; REIS, A. M.; PIANOWSKI, G. Investigating correlations between defence mechanisms and pathological personality characteristics. **Revista Colombiana de Psiquiatria** (English ed.), v. 48, n. 4, p. 232-243, 2019.

COLOVIC, O. et al. Defense mechanisms in “pure” anxiety and “pure” depressive disorders. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 204, n. 10, p. 746-751, 2016.

CRAMER, P. Understanding defense mechanisms. **Psychodynamic psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 523-552, 2015.

DANÍELSDÓTTIR, H. B. et al. Adverse childhood experiences and resilience among adult women: a population-based study. **elife**, v. 11, p. e71770, 2022.

EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O Ciclo da Vida Humana-: Uma Perspectiva Psicodinâmica**. Artmed, 2013.

ESKIN, M.; AKOGLU, A.; UYGUR, B. Traumatic life events and problem solving skills in psychiatric outpatients: Their relationships with suicidal behavior. **Turkish journal of psychiatry**, v. 17, n. 4, p. 266-275, 2006.

FREUD, A. **The ego and the mechanisms of defense**. New York: International Universities Press. 1936.

GORENSTEIN, C. et al. **Inventário Beck de Depressão-II. Manual**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2011.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian journal of medical and biological research**, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. **Revista de saude publica**, v. 40, p. 249-255, 2006.

HAYES, A. F. **Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach**. Guilford publications, 2017.

HERSOUG, A. G. et al. The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 20, n. 4, p. 297-307, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de

Janeiro: IBGE; 2020. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>. Acesso em 20 de dezembro de 2023.

JBIG - The Joanna Briggs Institute. **Critical appraisal checklist for quasiexperimental studies (non-randomized experimental studies)**. Disponível em: [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Quasi-Experiment](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Quasi-Experiment). Acesso em 20 de dezembro de 2023.

KALISCH, R. et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. **Nature human behaviour**, v. 1, n. 11, p. 784-790, 2017.

KIM, M-K. et al. Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 236, p. 113-119, 2018.

LUTHAR, S. S.; CICHETTI, Dante. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. **Development and psychopathology**, v. 12, n. 4, p. 857-885, 2000.

MENG, X. et al. Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 53, p. 453-475, 2018.

NISHIMI, K. et al. Measures of adult psychological resilience following early-life adversity: how congruent are different measures?. **Psychological medicine**, v. 51, n. 15, p. 2637-2646, 2021.

PARREIRA, T. I. G. **Mecanismos de defesa e experiências depressivas: Um estudo com uma amostra de adolescentes**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de Evora (Portugal).

PERRY, J. C.; BANON, E.; BOND, M. Change in defense mechanisms and depression in a pilot study of antidepressive medications plus 20 sessions of psychotherapy for recurrent major depression. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 208, n. 4, p. 261-268, 2020.

PESCE, R. P. et al. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. **Cadernos de saude publica**, v. 21, p. 436-448, 2005.

PREACHER, K. J.; HAYES, A. F. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. **Behavior research methods**, v. 40, n. 3, p. 879-891, 2008.

PROUT, T. A. et al. Resilience, defense mechanisms, and implicit emotion regulation in psychodynamic child psychotherapy. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, v. 49, p. 235-244, 2019.

RUTTER, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1094, n. 1, p. 1-12, 2006.

SANTOS, J. M. A. et al. Resiliência e Mecanismos de Defesa em Pacientes com Câncer em Quimioterapia Ambulatorial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 2022.

SCAINI, C. R. et al. Immature defense mechanisms predict poor response to psychotherapy in major depressive patients with comorbid cluster B personality disorder. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 44, p. 469-477, 2022.

SHEERIN, C. M. et al. The impact of resilience and subsequent stressful life events on MDD and GAD. **Depression and anxiety**, v. 35, n. 2, p. 140-147, 2018.

STRANDHOLM, T. et al. Defense mechanisms in adolescence as predictors of adult personality disorders. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 204, n. 5, p. 349-354, 2016.

TABAKCI, A. S. et al. Temperament, character, and defense mechanism changes with treatment in depression: a 9-month naturalistic follow-up. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 208, n. 5, p. 403-412, 2020.

VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers. **American Psychiatric Pub**, 1992.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric. **Journal of nursing measurement**, v. 1, n. 2, p. 165-17847, 1993.

WAIKAMP, V. et al. Relationship between childhood trauma, parental bonding, and defensive styles and psychiatric symptoms in adult life. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 43, p. 225-234, 2021.

WILKINSON, M. D. et al. The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship. **Scientific data**, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2016.

YOUSSEF, N. A. et al. Racial/ethnic differences in the association of childhood adversities with depression and the role of resilience. **Journal of Affective Disorders**, v. 208, p. 577-581, 2017.

ZERACH, G.; ELKLIT, A. Polyvictimization and psychological distress in early adolescence: A mediation model of defense mechanisms and coping styles. **Journal of interpersonal violence**, v. 35, n. 21-22, p. 4732-4756, 2020.

**PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO**

*Impact of childhood trauma: An analysis of the mediating role of psychological resilience in depressive symptoms after psychotherapy*

*Journal of Affective Disorders*

**Impact of childhood trauma: An analysis of the mediating role of psychological resilience in depressive symptoms after psychotherapy**

*Mediating role of resilience in childhood trauma and depressive symptoms*

Kassiélen Fortes Rösler<sup>a</sup>;

Igor Soares Vieira, PhD<sup>a</sup>;

Karen Jansen, PhD<sup>a</sup>;

Ricardo Azevedo da Silva, PhD<sup>a\*</sup>

<sup>a</sup> Graduate Program in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil

**Declaration of interest:** The authors declare that there is no conflict of interest

**\* Corresponding author**

Prof Dr Ricardo Azevedo da Silva

Graduate Program in Health and Behavior (UCPel)

St. Gonçalves Chaves, 373, 424 C; Zip-code 96015-560, Pelotas, RS, Brazil.

Email: [ricardo.silva@ucpel.edu.br](mailto:ricardo.silva@ucpel.edu.br) | Phone.: +55 53 991100198

**HIGHLIGHTS**

- There was a significant improvement in psychological resilience, anxious and depressive symptoms in depressed patients after brief psychotherapy.
- Traumatic experiences in childhood predict higher scores of depressive symptoms in adulthood in depressed patients.
- The experience of trauma in childhood contributed significantly to the severity of depressive symptoms in adulthood, while resilience significantly attenuated the severity of these symptoms.
- Psychotherapy interventions are effective in strengthening resilience and reducing anxious and depressive symptoms.

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the mediating effect of psychological resilience on the association between childhood trauma and the severity of depressive symptoms after the end of psychotherapy treatment in a sample of depressed patients.

**Methods:** Quasi-experimental study nested in a randomized clinical trial, with 111 adults aged 18 to 60 diagnosed with Major Depressive Disorder who underwent psychotherapy at the University Outpatient Clinic. The Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck anxiety Inventory (BAI-II), the Resilience Scale (RS) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) were used to assess depressive symptoms, psychological resilience and childhood trauma, respectively.

**Results:** Psychotherapy had positive effects in relation to improving depressive and anxiety symptoms and levels of resilience post-treatment. In addition, higher levels of childhood trauma significantly predicted higher levels of depressive and anxious symptoms, even after controlling for possible confounding factors. Furthermore, psychological resilience was a crucial mediating factor in this relationship.

**Conclusion:** The findings reinforce the importance of resilience in the clinical context of depressed patients with a history of childhood trauma, providing evidence that outlines a promising path for the development of more specific therapeutic strategies and a more comprehensive clinical approach.

**Keywords:** Depressive symptoms; Psychological resilience; Childhood trauma; Psychotherapy.

## INTRODUCTION

The incidence of traumatic events during childhood, characterized by the presence of harmful experiences or the absence of a safe and reliable environment, has highly relevant implications for the child's psychobiological and socio-emotional development, as documented in literature (Mckay et al., 2021; Tan & Mao, 2023; Sudbrack et al., 2015). The scientific literature emphasizes that childhood trauma plays an essential role in the processes of triggering, aggravating, maintaining and recurring psychiatric disorders (McKay et al., 2021). This interconnection becomes particularly relevant when considering the robust association between intense early stress and traumatic experiences in childhood and the subsequent manifestation of psychopathology in adulthood, with special emphasis on depression. Depression is recognized as the most prevalent cause of morbidity, disability and impaired quality of life (Meneguci et al., 2019; Tan & Mao, 2023; Zou et al., 2023).

Although children and adults often face social, emotional and behavioral challenges as a result of traumatic childhood experiences, a considerable proportion demonstrate a remarkable ability to adapt, as observed by Zhao et al. (2022). Investigating the protective factors associated with depression is fundamental to understanding why certain individuals manage to achieve positive results in their development, even when exposed to adversity during childhood. In this context, psychological resilience, understood as the ability to adapt and recover in the face of adversity (American Psychological Association, 2016; Liu et al., 2017), emerges as a crucial element in analyzing the lasting impact of traumatic experiences on mental health. Broadening the global and complex understanding of the mediating function of resilience in this specific context can make a significant contribution to personalizing therapeutic approaches.

Previous studies solidify the hypothesis that psychological resilience plays a mitigating role in the development of depressive conditions in individuals who have faced childhood trauma, covering both adolescents and adults (Ding et al. 2017; Watters & Wojciak, 2020; Wingo et al. 2010; Wright, Masten & Narayan 2013; Youssef et al. 2017; Silva et al., 2022). However, the motivation behind this research lies in the identification of a gap in the literature, specifically the lack of a comprehensive understanding of the mediating role of resilience in post-treatment outcomes in depressed patients who were exposed to childhood trauma. In this context, the objective of this study is to explore the mediating role of psychological resilience in the relationship between childhood trauma and the intensity of depressive symptoms after completing treatment in psychotherapy. This analysis was conducted using a sample of patients diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD).

## METHODS

### *Study design and ethical aspects*

This is a quasi-experimental study nested in a randomized clinical trial that included adults (aged between 18 and 60) diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD). Methodological aspects of the protocol development of this study can be found in previous studies (Machado et al., 2023). The research, entitled: "*Therapeutic process, psychosocial and biological factors in two models of psychotherapy for depression*", was conducted between July 2012 and June 2015 at the Clinic of the XXXXX, XXXX (XX), XXXX. The JBI (Joanna Briggs Institute) Checklist for Quasi-Experimental Studies was used to guide the reporting of information in this study. In accordance with the FAIR Data Principles (Wilkinson et al., 2016), any data and/or information related to this study can be requested from the corresponding authors (RSA; KJ) via email.

This project was approved by the XXX Research Ethics Committee (#46/2012). All patients were informed of the study's objectives by the researchers and agreed to participate by signing an informed consent form. The authors declare that there are no conflicts of interest related to this study.

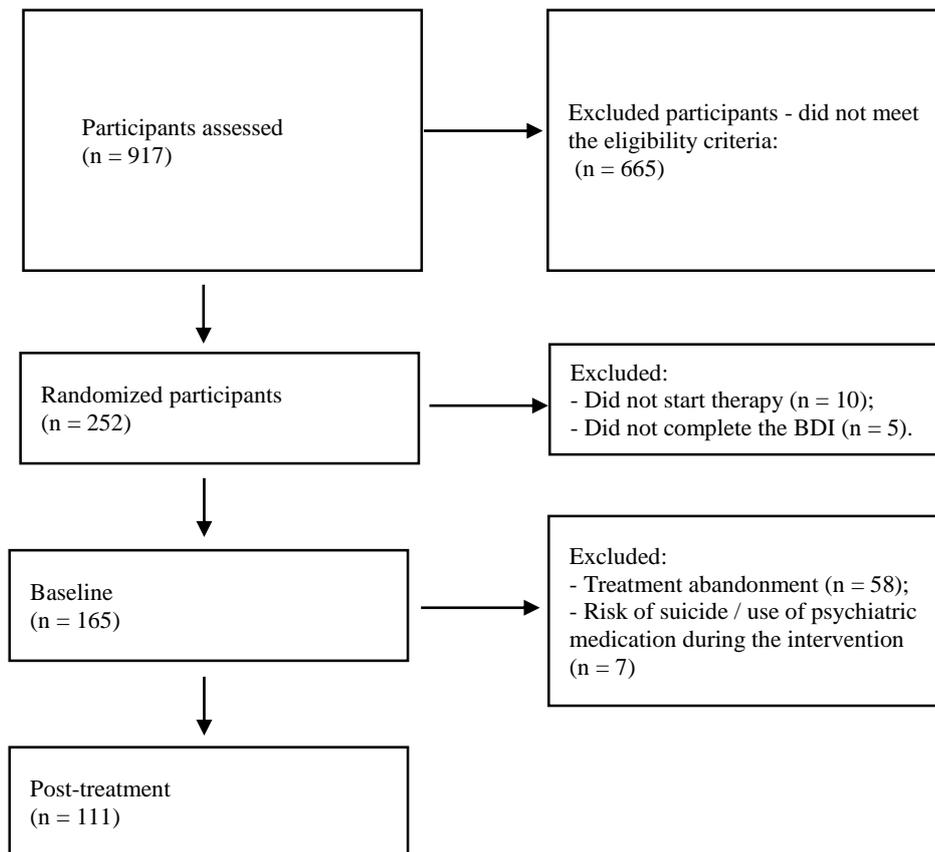
### *Sample and randomization process*

Participants in this study were recruited through advertisements in local community health centers and psychosocial care centers. Convenience sampling was carried out which included participants who came to the outpatient clinic voluntarily, after learning about the research in the media or having been referred by mental health professionals.

Initially, 917 subjects were selected. Those aged between 18 and 60 diagnosed with major depression by the study team using the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus) (Amorim, 2000) were considered eligible. After applying exclusion criteria, such as currently undergoing psychiatric or psychological treatment, being at risk of suicide, not responding adequately to the instruments used or meeting criteria for psychoactive substance abuse, 665 participants were excluded. Thus, 252 participants were randomized for inclusion in the study.

Subsequently, 75 individuals were excluded from the study because they had not started treatment and/or had not completed the Beck Depression Inventory-II (BDI) (Gomes-Oliveira et al., 2012). Therefore, 177 individuals started the intervention, of whom 58 dropped out and 7 were at risk of suicide during or required psychiatric medication. As a result, 111 participants

successfully completed treatment with psychotherapy (Figure 1). The treatment consisted of two models of brief psychotherapy: cognitive-behavioral therapy (CBT) or short-term psychodynamic psychotherapy (SPT). In this study, the participants in the intervention models were grouped in order to obtain greater statistical power for the variables studied.



**Figure 1.** Flowchart of the sample selection process for this study.

A blind independent researcher, who was not involved in the assessment process or the psychotherapeutic interventions, carried out the randomization, papers in a brown envelope to determine which psychotherapy model each participant would be allocated to. Thus, the team responsible for the initial, six-month follow-up and post-intervention assessments were unaware of the intervention model applied. Both interventions included seven weekly 1-hour sessions at the XXXXXXXX, XXXXXX, XXXX. Psychologists with clinical practice performed the psychotherapy sessions. The therapists received two months of training in weekly 2-hour meetings.

### ***Data collection***

A structured questionnaire with objective questions was administered by previously trained and calibrated researchers. Sociodemographic and economic variables were collected, as well as screening for common mental disorders, a history of childhood trauma, the use of defense mechanisms and the resilience profile of the participants at different times. Socio-economic and demographic variables were only collected at baseline, while the others were investigated after therapy (endline). The research questionnaire containing all the variables used in this study can be found in Supplementary File 1.

The age of participants of both sexes (female/male - dichotomous categorical variable) was collected in complete years (mean; standard deviation - continuous quantitative variable). Participants with  $\leq 8$  full years of study and those with  $> 8$  or more full years of study were identified (dichotomous categorical variable). Skin color was assessed according to criteria established by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (In Brazilian-Portuguese, IBGE - *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*), which ethnically classifies the Brazilian population into white, brown, black, yellow or indigenous individuals (IBGE, 2020). For statistical purposes, this study identified white and non-white participants - a dichotomous categorical variable. The "economic class" was verified according to the criteria of the Brazilian Association of Studies and Research, which categorizes the population into economic classes and subclasses based on the number of durable items of the family and the level of education of the family members. There are eight subclasses, with class A1 having the best socioeconomic conditions (highest score) and class E having the worst conditions (lowest score) (ABEP, 2011). For statistical purposes, this study identified participants included in classes C/D/E, and those belonging to classes A/B (dichotomous categorical variable).

The history of childhood trauma in the sample was assessed using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The CTQ is a 28-item self-report inventory validated for use in the Brazilian population. This instrument retrospectively investigates the occurrence and intensity of trauma in five specific domains: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect and emotional neglect. The total score is obtained from the sum of the items, with an inverse score applied to the emotional neglect domain. According to the literature, cut-off points are established: physical abuse (15), emotional abuse (15), sexual abuse (8), emotional neglect (15) and physical neglect (10), indicating the presence or absence of trauma in each of the domains (Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, 2006). For this specific study, the intention is to correct the CTQ by means of a continuous quantitative analysis, enabling a

thorough assessment to identify longitudinal patterns and trends, as well as differences between different groups of participants (NE/NF/AE/AF/A; continuous quantitative variable).

The Brazilian version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) (Gorenstein; Andrade, 1996) was used to assess the intensity of anxiety symptoms among the participants. This self-assessment scale, made up of 21 items, covers both physiological and psychological aspects of anxiety. Participants answered these items using a 4-point Likert scale (0 to 3), ranging from "Absolutely not" to "severely: I could hardly bear it". The total score allowed for classification into levels of anxiety intensity, namely: minimal, mild, moderate and severe. The inventory showed good internal consistency and satisfactory test-retest reliability over a one-week interval. The maximum score can reach 63 points, while the minimum is zero [anxious symptoms; continuous quantitative variable].

The Beck Depression Inventory (BDI) is a tool used to assess the presence and intensity of depressive symptoms. Made up of 21 items, each with four alternatives to choose from, this instrument assigns scores from 0 to 3 to participants' responses. The sum of these scores results in a total score that reflects the severity of depressive symptoms. Initially developed to measure the intensity of depressive symptoms in the elderly population, the BDI was adapted for the Brazilian context in 2011 (Gorenstein et al., 2011). The BDI-II is interpreted by adding up the scores of the 21 items, allowing depression to be classified into levels of intensity, namely: minimal, mild, moderate and severe. The maximum score is 63 points, while the minimum is zero [depressive symptoms; continuous quantitative variable].

The Defense Style Questionnaire (DSQ-40), developed by Bond et al. (1983), was used to assess conscious derivations of defence mechanisms. The DSQ-40 aims to assess defense styles and consists of 40 items associated with the defenses presented in the DSM-III-R. Each item is scored from 1 strongly disagree to 9 strongly agree. The instrument assesses 20 types of defenses with two items for each type. Defenses are divided into three factors: mature, neurotic and immature. Four defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation and suppression); four are related to the neurotic factor (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation) and twelve are related to the immature factor (projection, passive aggression, acting out, isolation, devaluation, 'autistic fantasy', denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The version adapted for Brazil was proposed by Blaya et al. (2005) and showed satisfactory reliability. The individual defense scores were calculated by averaging the two items for each defense mechanism and the factor scores by calculating the average scores of the defenses belonging to each factor. Thus, each item can be evaluated on a scale of 1 to 9, where 1 indicates "totally disagree" and 9 indicates

"totally agree" [mature defenses vs. neurotic defenses vs. immature defenses; continuous quantitative variable].

The Resilience Scale (Wagnild & Young, 1993) was adapted and translated to the Brazilian context by Pesce et al., (2005), where it showed a satisfactory correlation coefficient [0.746 (CI 0.624% and 0.829%)], making it one of the rare instruments designed to measure levels of positive psychosocial adaptation to significant life events. Composed of 25 affirmatively worded items, participants provide Likert-type responses, ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The total score of the scale covers a range of 25 to 175 points, with higher values indicating greater resilience.

### ***Statistical analysis***

The data was double-entered and validated in EpiData® (version 3.1). All statistical analyses were carried out using the SPSS statistical package (IBM, version 27.0) (ISV). In this study, psychological resilience was considered an independent variable (outcome). The variables related to the participants' sociodemographic and economic profile, the presence of common mental disorders, a history of childhood trauma, and the use of defense mechanisms were the independent variables (exposure).

The descriptive analysis of the variables was based on the distribution of absolute and relative frequencies, central tendency (mean) and variability (standard deviation). Bivariate analyses (t-test and Pearson's correlation) were carried out. Variables that showed  $p < 0.20$  in the bivariate analysis were subjected to linear regression controlling for possible confounding factors (age, gender, skin color, schooling, ABEP, anxious symptoms and depressive symptoms at the start of the study and in the intervention model). The variables were required not to exceed variance inflation factor (VIF) values above 10. Outliers were also explored by applying case-by-case diagnostics (more than three standard deviations below or above the mean).

For the mediation analysis, we used the mediation model following the method outlined by Preacher & Hayes (2008), where we used the PROCESS modeling tool (version 3.3) for SPSS (Hayes, 2017), which allowed us to evaluate simple mediation for dichotomous and continuous results (MADRS). The bootstrap approach was also used to assess the statistical significance of the mediation by means of the confidence interval around the "indirect effect estimate". To estimate the proportion of the total effect that was mediated, the equation " $ab/(c' + ab)$ " was used as a way of measuring the magnitude of the indirect effect. This is a useful measure for individual mediators (Mascha et al., 2013). Finally, we applied a Sobel test (Aroian

version) (MacKinnon & Dwyer, 1993; Sobel, 1982) to test whether the mediating variable significantly carries the influence of an independent variable on a dependent variable.

## RESULTS

### *Baseline data*

The sample consisted of 111 patients diagnosed with MDD, with a mean age of  $35.72 \pm 11.26$  years. The majority of the sample was female (76.6%), non-white (15.3%), with nine or more years of schooling (76.6%) and belonging to socioeconomic classes C, D or E (51.6%). Approximately 10% (n=19) of the patients had mild depression, 32.3% (n=63) moderate depression and 57.4% (n=112) severe depression. The average psychological resilience score was  $108.22 \pm 20.93$  points. The mean scores for depressive symptoms (BDI) and anxiety symptoms (BAI) were  $32.03 \pm 11.22$ ;  $21.86 \pm 12.60$  points, respectively. The mean score for childhood trauma (CTQ) was  $45.10 \pm 16.20$  points (*Table 1*).

**Table 1.** Sociodemographic and clinical characteristics (baseline).

| Variables (n = 111)  | Sample characteristics | Depressive Symptoms | p-value        | Resilience (baseline) | p-value        |
|----------------------|------------------------|---------------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Age (years)          | 35,72±11,26            | r= - 0,013          | p=0,893        | r=0,144               | p=0,131        |
| Sex                  |                        |                     | p=0,482        |                       |                |
| Female               | 85(76,6)               | 33,56 ±11,14        |                | 106,52±21,84          | p=0,119        |
| Male                 | 65(23,4)               | 27,03 ±10,15        |                | 113,76±16,82          |                |
| Skin Color           |                        |                     | p=0,081        |                       | p=0,166        |
| White                | 94(4,7)                | 31,34 ±10,56        |                | 108,93±19,78          |                |
| Non-White            | 17(15,3)               | 35,88±14,08         |                | 104,29 ± 26,82        |                |
| Education            |                        |                     | p=0,115        |                       | p=0,646        |
| ≤8 years             | 26(23,4)               | 34,80 ±12,90        |                | 110,34±21,41          |                |
| >8 years or more     | 85(76,6)               | 31,18±10,59         |                | 107,57±20,87          |                |
| Socioeconomic status |                        |                     | p=0,069        |                       | p=0,265        |
| A/B                  | 54(48,6)               | 31,07 ±10,02        |                | 111,29±18,95          |                |
| C/D/E                | 57(51,6)               | 32,94±12,27         |                | 105,31±22,43          |                |
| Childhood trauma     | 45,10 ±16,20           | r=0,304             | <b>p=0,001</b> | r= -0,196             | <b>p=0,040</b> |

### *Post-intervention and follow-up data*

When examining the sample of individuals who underwent psychotherapy intervention, it was observed that no participant dropped out of treatment. This suggests that the participants showed strong commitment and adherence to the proposed psychotherapy protocol. The comparison with the t-test for paired samples showed a significant improvement between the start and post-intervention in depressive symptoms (mean difference=14.03; standard error [SE]=13.12;  $p < 0.001$ ) and anxious symptoms (mean difference=8.45; standard error [SE]=11.32;  $p < 0.001$ ). In addition, there was a significant improvement in psychological

resilience (mean difference=-11.88; standard error [SE]=19.71;  $p<0.001$ ) from baseline to post-intervention (*Table 2*).

**Table 2.** Post-intervention and follow-up data.

| Variable     | Baseline     | Post-intervention | $\Delta$ (SD)* | <i>p</i> -value |
|--------------|--------------|-------------------|----------------|-----------------|
| <b>BDI</b>   | 31,97±11,25  | 17,93±13,74       | 14,03±13,12    | $p=0,000$       |
| <b>BAI</b>   | 21,86±12,60  | 13,41±11,75       | 8,45±11,32     | $p=0,000$       |
| <b>RS_25</b> | 108,22±20,93 | 120,10 ±21,91     | -11,88±19,71   | $p=0,000$       |

\* Mean difference±standard deviation

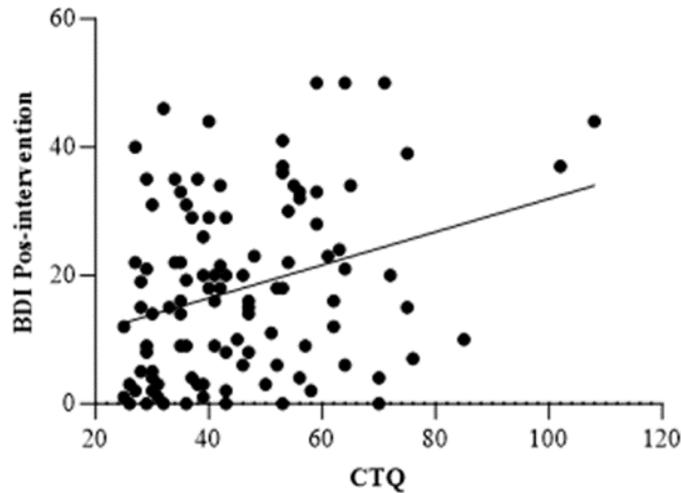
The assessment of anxiety symptoms (BAI) and depressive symptoms (BDI) identified a positive correlation ( $r = 0.5$ ), accompanied by a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ) (Table 3). With regard to the association between depressive symptoms (BDI) and childhood trauma (CTQ), a positive ( $r = 0.30$ ) and statistically significant ( $p < 0.001$ ) correlation was observed. In addition, the relationship between depressive symptoms and psychological resilience at the beginning and after the intervention showed statistically significant negative correlations ( $r = -0.65$ ;  $r = -0.30$ ,  $p<0.001$ ).

**Table 3.** Correlation between, depressive symptoms, anxiety symptoms, childhood trauma, resilience at baseline and final post-intervention psychological resilience.

| Variables              | Total sample  | BDI (baseline) | <i>p</i> -value |
|------------------------|---------------|----------------|-----------------|
| <b>BAI (baseline)</b>  | 21,86±12,60   | $r=0,511$      | $P<0,001$       |
| <b>CTQ (baseline)</b>  | 45,10±16,20   | $r= 0,304$     | $p=0,001$       |
| <b>RS 25(baseline)</b> | 108,22± 20,93 | $r=-0,651$     | $p=0,000$       |
| <b>RS 25 (endline)</b> | 120,10 ±21,91 | $r= -0,359$    | $p=0,000$       |

\* Mean difference±standard deviation

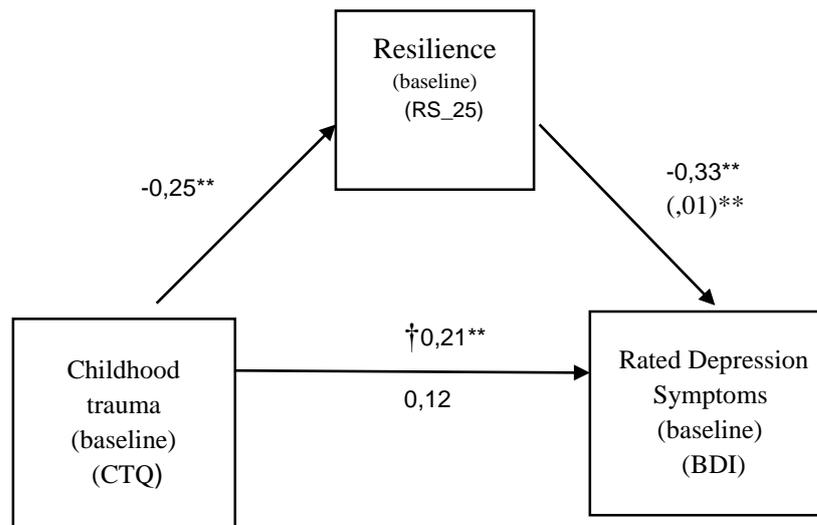
After correcting for the depression score (BDI) at baseline, the linear regression analysis revealed a coefficient of determination ( $R^2$ ) of 0.092, indicating that approximately 9.2% of the variability in the severity of depressive symptoms can be explained by childhood trauma. The beta coefficient ( $\beta$ ) was 0.21, indicating that, on average, an increase of one unit in CTQ is associated with an increase of 0.21 units in the severity of depressive symptoms. The *p*-value associated with  $\beta$  was less than 0.001, yielding a robust statistical significance ( $p<0.005$ ) (Figure 2).



**Figure 2:** Correlation between severity of depressive symptoms after intervention and childhood trauma.

In participants with MDD, it was observed that the "direct effect" of childhood trauma on the severity of depressive symptoms, controlling for resilience, was  $b=0.12$ , 95% (95% CI) 0.013 to 0.026,  $t=2.5$ ,  $p>0.001$ . This explained 3% of the variation ( $r^2=0.03$ ). In addition, resilience showed a statistically significant effect on the severity of depressive symptoms,  $b=-0.33$ , 95% (95% CI) -0.40 to -0.25.  $T=-8.5$ ,  $p<0.001$ , and explained 46% of the variation ( $r^2=0.46$ ) in depressive symptoms.

The total effect of trauma on the severity of depressive symptoms without controlling for resilience was 0.21,  $p<0.0001$ . However, when including resilience as a mediator, the effect of trauma fell to 0.12,  $p<0.0001$ . This indicates that the trauma variable explained 9.2% of the variation ( $r^2=9.2$ ) in depressive symptoms without the mediator, and with resilience included, this explanation fell to 3% ( $r^2=0.03$ ) of the effect of childhood trauma on the severity of depressive symptoms. Furthermore, the "indirect effect" of childhood trauma on depressive symptom severity through the resilience mediator was  $b=0.08$ , with a bootstrap confidence interval (95% BCaCI) of 0.0053 to 0.15. These results highlight the ability of resilience to mediate the relationship between childhood trauma and depressive symptoms.



Percentage of effect mediated: 0,57 ( $p < .001$ )

Indirect effect: 0,08

Effect mediates: 0,43

**Figure 3.** The mediating role of psychological resilience in the relationship between childhood trauma and severity of depressive symptoms in a sample of patients with MDD. The number in brackets refers to the association between childhood trauma and depressive symptoms before the inclusion of resilience in the model.

† Refers to the total effect. Analyses were adjusted for age, gender, skin color, socioeconomic status, education, anxiety and depressive symptoms at baseline.  $p = < 0.0001$ .  $** < 0,001$ .

## DISCUSSION

The aim of this study was to evaluate the mediating effect of psychological resilience on the association between childhood trauma and the severity of depressive symptoms after the end of psychotherapy treatment in a sample of depressed patients. The results described in this study show that psychotherapy had positive effects in terms of improving depressive and anxiety symptoms and levels of resilience post-treatment. In addition, higher levels of childhood trauma significantly predicted higher levels of depressive and anxious symptoms, even after controlling for possible confounding factors. And finally, the present investigation revealed a significant contribution to understanding the persistence of depressive symptoms in adulthood in individuals with a history of childhood trauma, highlighting psychological resilience as a crucial mediating factor in this relationship.

Our findings indicate that psychotherapy had positive effects on participants, resulting in significant improvements in depressive and anxiety symptoms. Consistent with the results of a recent meta-analysis (Gaskell et al., 2023), which provides a comprehensive quantitative review of the effectiveness of psychological treatments, the findings of major clinical improvements during psychotherapy are a consensus in the literature. In fact, the literature shows that psychotherapy interventions predict a better therapeutic response in anxiety and depression, as they can have robust effects on brain function, improving prefrontal control structures (Zamiri-Miandoab et al., 2022; Lueken & Hahn 2016; Plessen et al. 2023; Marwood et al., 2018).

Despite the notable advances made in the effectiveness of psychotherapeutic interventions in the context of treating psychopathologies, it is crucial to consider previous traumatic experiences. In our study, we found that higher levels of childhood trauma were associated with higher levels of depressive and anxiety symptoms, even after controlling for possible confounding factors. In this sense, a recent meta-analysis evaluating the efficacy of psychotherapy in adults with depression and a history of childhood trauma, and in line with our results, emphasizes that depressed individuals with a history of childhood trauma are more likely to show a lower response and remission to treatment (Danese & Uher, 2023).

In this context, the childhood trauma sensitization hypothesis corroborates our findings, showing that early traumatic events have the potential to significantly increase the reactivity of the stress response system (Rauschenberg et al., 2017). This intensification of the individual's sensitivity to adverse events throughout life is accompanied by long-lasting neurobiological changes. These changes, associated with possible epigenetic alterations, contribute to an exacerbated response to stress, compromising the individual's adaptive capacity and creating

obstacles to the success of psychotherapeutic approaches (Giotakos, 2020; Rauschenberg et al., 2017).

One of the crucial factors in mitigating the negative impacts of trauma and promoting healthier development is psychological resilience, which can be modified and improved through interventions (Helmreich et al., 2017; Zhao et al., 2022; Watters et al., 2023). As emphasized by Veleza et al. (2019), patients diagnosed with severe depression and higher initial resilience scores showed a decrease in the intensity of depressive and anxious symptoms after psychotherapeutic intervention. Not only can resilience exert a positive influence on post-treatment outcomes, but it plays a crucial role in modulating the relationship between childhood trauma and depressive symptoms, as indicated by our results and supported by a recent meta-analysis (Watters et al., 2023).

However, it is important to emphasize that our study focuses on exploring this specific relationship in a clinical sample made up of patients diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) and undergoing psychotherapeutic treatment. The emphasis on this specific population points to the clinical relevance of resilience as a dynamic component in the treatment of patients with major depression, emphasizing that therapeutic intervention not only treats immediate symptoms, but has the potential to significantly impact crucial factors such as the risk of relapse, the severity of the illness and the overall effectiveness of recovery (Helmreich et al., 2017; Laird et al., 2019; Malhi et al., 2019).

Therefore, the inclusion of resilience in our statistical model not only highlighted its impact on modulating the relationship between childhood trauma and depressive symptoms, but also emphasizes the need to consider this construct when formulating therapeutic strategies. This finding is in line with research that advocates the effectiveness of interventions focused on strengthening resilience as an integral part of psychotherapeutic treatment in vulnerable populations (Bengel, 2012; Helmreich et al., 2017; Liu et al., 2020; Leppin, 2014). This holistic approach, considering not only the reduction of symptoms but also the strengthening of adaptive resources, can represent a significant advance for clinical practice, especially when it comes to depressed individuals.

Studies highlighted that personal characteristic, such as problem-solving skills, family ties (especially those marked by positive attachment), notions of control, emotional regulation and coping skills, play a crucial role in shaping resilience during childhood (Lopez et al., 2019; Silva et al., 2022; Santos et al., 2020; Troy et al., 2023). These factors can be understood as modifiers capable of influencing a person's response to environmental hazards. However, it is important to emphasize that they do not eliminate risks, nor do they confer invulnerability on

the subject. Despite recognizing its relevance, resilience may not be able to completely neutralize the lasting effects of childhood trauma (Lopez et al., 2019; Pilkington et al., 2021; Vieira et al., 2020). Thus, major life events can trigger an initial episode of an affective disorder and, at the same time, reduce resilience to exposure to stress, which is necessary to precipitate a recurrent episode (Weiss et al., 2015).

The extent and intensity of childhood trauma reinforces the conjecture of the relationship between primary failures in emotional care and psychological suffering in adulthood (Waikamp et al., 2018). Although resilience plays a vital role in mitigating the effects of trauma, it does not operate in isolation. On the contrary, it is intrinsically linked to a complex network of individual and contextual factors (Zhao et al., 2022; Watters et al., 2023) that shape psychological development over time (Pilkington et al., 2021; Silva et al., 2022).

Thus, future research should seek to deepen understanding of these interactions. Specific intervention strategies to strengthen resilience in individuals facing persistent depressive symptoms may benefit from a more detailed analysis of the different dimensions of resilience, enabling a more precise adjustment of therapeutic approaches. Furthermore, the systematic assessment of resilience could become standard practice in the initial screening and ongoing assessment of patients (Masten, 2014; Silva & Nakano, 2019; Watters et al., 2023). Resilience assessment tools can be incorporated into clinical practices to identify specific areas of strengthening and adapt therapeutic strategies accordingly.

Additionally, considering the long-lasting impact of childhood trauma, early interventions aimed at strengthening resilience can be implemented as a preventative measure. Programs aimed at children and adolescents in at-risk situations can be developed to mitigate the adverse effects of trauma and promote a stronger foundation of resilience. Teaching new skills and interventions enables patients to better manage their mood, resulting in sustained cognitive and behavioral benefits beyond the end of psychotherapy. These aspects are fundamental in the process of developing resilience (Hassanzade & Mirghafourvand, 2022; Plessen et al., 2023).

Although this study offers a significant contribution to understanding the mediating role of resilience in post-treatment outcomes in depressed patients who were victims of childhood trauma, it does have some limitations. Firstly, the generalizability of the results is restricted, since the sample is made up of patients diagnosed with MDD who took part in a specific clinical trial. Also, the research relies heavily on self-reported data, which can introduce memory or reporting biases (Reuben et al., 2016). In addition, psychotherapeutic intervention, while enriching the analysis, can vary in terms of approaches, which can influence the results. Future

research could explore different clinical contexts and consider a variety of therapeutic interventions to gain a more comprehensive understanding of these complex interactions.

Our study has some strong points that are worth highlighting. It is methodologically robust as it is part of a randomized clinical trial, using reliable instruments (CTQ, BDI, RS-25) and assessments conducted by trained professionals. Despite the convenience sample, the results are relevant and valid for patients with MDD, highlighting the applicability to specific groups with similar characteristics. Furthermore, the inclusion of psychotherapeutic intervention enhances the clinical relevance of the study by providing information on the effectiveness of psychotherapy.

In conclusion, this study contributes by providing important evidence on the indirect effect of resilience on the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in MDD patients. These findings not only consolidate the importance of resilience in this clinical context, but also offer a starting point for more specific therapeutic strategies. Thus, by recognizing resilience as a dynamic and malleable element, mental health professionals can adopt a more proactive and targeted approach to promote the integral recovery of individuals facing challenges related to early traumatic events. These findings outline a promising path for future research and promote a more comprehensive approach in clinical practice, centered not only on symptom reduction, but on the active promotion of resilience as an effective coping mechanism.

## References

7. ABEP - Associação Brasileira de Empresas De Pesquisa. (2011). Critério de Classificação Econômica Brasil. Available at: <https://www.abep.org/criterio-brasil>.
8. Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 106-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
9. Ding, H., Han, J., Zhang, M., Wang, K., Gong, J., & Yang, S. (2017). Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. *Journal of affective disorders*, 211, 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.056>
10. Gaskell, C., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Curran, J., Hetherington, J., & Delgadillo, J. (2023). Long-term psychotherapy in tertiary care: A practice-based benchmarking study. *The British journal of clinical psychology*, 62(2), 483–500. <https://doi.org/10.1111/bjc.12424>
11. Giotakos O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(2), 162–171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>
12. Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista brasileira de psiquiatria*, 34(4), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
13. Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., Kristensen, C. H., & Arteché, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PloS one*, 9(1), e87118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>
14. Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2017(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527>.
15. Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2017(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527>.
16. IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE;

2020. 113p. Available at: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>.
17. Kuzminskaite, E., Gathier, A. W., Cuijpers, P., Penninx, B. W., Ammerman, R. T., Brakemeier, E. L., & Vinkers, C. H. (2022). Treatment efficacy and effectiveness in adults with major depressive disorder and childhood trauma history: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00227-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00227-9)
  18. Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational psychiatry*, 9(1), 88. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>.
  19. Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., Sood, A., Erwin, P. J., Brito, J. P., Boehmer, K. R., & Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS one*, 9(10), e111420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>
  20. Liu, J. J. W., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M., & Vickers, K. (2020). Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. *Clinical psychology review*, 82, 101919. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101919>
  21. Liu, J. J. W., Reed, M., & Fung, K. P. (2020). Advancements to the Multi-System Model of Resilience: updates from empirical evidence. *Heliyon*, 6(9), e04831. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04831>
  22. Lueken, U., & Hahn, T. (2016). Functional neuroimaging of psychotherapeutic processes in anxiety and depression: from mechanisms to predictions. *Current opinion in psychiatry*, 29(1), 25–31. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000218>
  23. Malhi, G. S., Das, P., Bell, E., Mattingly, G., & Mannie, Z. (2019). Modelling resilience in adolescence and adversity: a novel framework to inform research and practice. *Translational psychiatry*, 9(1), 316. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0651-y>
  24. Marwood, L., Wise, T., Perkins, A. M., & Cleare, A. J. (2018). Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 95, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.022>
  25. Masten A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>

26. McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
27. Meneguci, J., Meneguci, C. A. G., Moreira, M. M., Pereira, K. R., Tribess, S., Sasaki, J. E., & Virtuoso, J. S. (2020). Prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults: a systematic review with meta-analysis. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 221-230. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>
28. Meneguci, J., Meneguci, C. A. G., Moreira, M. M., Pereira, K. R., Tribess, S., Sasaki, J. E., & Virtuoso, J. S. (2020). Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 221-230. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>
29. Moreno-López, L., Ioannidis, K., Askelund, A. D., Smith, A. J., Schueler, K., & van Harmelen, A. L. (2020). The Resilient Emotional Brain: A Scoping Review of the Medial Prefrontal Cortex and Limbic Structure and Function in Resilient Adults With a History of Childhood Maltreatment. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 5(4), 392–402. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.12.008>
30. Oliveira, K. S., & de Nakano, T. C. (2019). Avaliação da resiliência: uma revisão internacional. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1021-1043. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n3p1021-1043>.
31. Park, J. Y., Lee, C. W., Jang, Y., Lee, W., Yu, H., Yoon, J., Oh, S., Park, Y. S., Ryoo, H. A., Lee, J., Cho, N., Lee, C. H., Lee, Y. C., Won, H. H., Kang, H. S., Ha, T. H., & Myung, W. (2023). Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 323, 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.003>
32. Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(3), 569–584. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
33. Plessen, C. Y., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., & Cuijpers, P. (2023). Exploring the efficacy of psychotherapies for depression: a multiverse meta-analysis. *BMJ mental health*, 26(1), e300626. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2022-300626>
34. Plessen, C. Y., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., & Cuijpers, P. (2023). Exploring the efficacy of psychotherapies for depression: a multiverse meta-analysis. *BMJ mental health*, 26(1), e300626. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2022-300626>

35. Rauschenberg, C., van Os, J., Cremers, D., Goedhart, M., Schieveld, J. N. M., & Reininghaus, U. (2017). Stress sensitivity as a putative mechanism linking childhood trauma and psychopathology in youth's daily life. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 136(4), 373–388. <https://doi.org/10.1111/acps.12775>
36. Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., & Danese, A. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(10), 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
37. Santos, L. K. D. P. D., Santana, C. C., & Souza, M. V. O. (2020). Ações para o fortalecimento da resiliência em adolescentes [Actions for enhancing resilience among adolescents]. *Ciencia & saude coletiva*, 25(10), 3933–3943. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.22312018>
38. Silva, S. S. C., & Carvalho, J. (2022). *Contextos de Vulnerabilidade e Resiliência no Desenvolvimento*. Editora Appris.,
39. Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., de Carvalho, H. W., & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: how childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of psychiatric research*, 62, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.001>
40. Tan, M., & Mao, P. (2023). Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 139, 106091. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106091>
41. Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework. *Annual review of psychology*, 74, 547–576. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>
42. Veleda, G. W., Molina, M. L., Da Silva, R. A., Jansen, K., Neufeld, C. B., & Souza, L. D. D. M. (2019). Efeito da terapia cognitivo-comportamental um ano após tratamento para adultos com transtorno depressivo maior. *Psicologia: teoria e prática*, 21(3), 323–344.
43. Vieira, I. S., Moreira, F. P., Mondin, T. C., Cardoso, T. A., Branco, J. C., Kapczinski, F., Jansen, K., Souza, L. D. M., & da Silva, R. A. (2020). Resilience as a mediator factor in the relationship between childhood trauma and mood disorder: A community sample of young adults. *Journal of affective disorders*, 274, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.011>

44. Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercussions of trauma in childhood in psychopathology of adult life. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137-144. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
45. Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the Associations Between Childhood Trauma, Resilience, and Depression: A Multivariate Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 24(1), 231–244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
46. Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2023). Examining the Associations Between Childhood Trauma, Resilience, and Depression: A Multivariate Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 24(1), 231–244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
47. Weiss, R. B., Stange, J. P., Boland, E. M., Black, S. K., LaBelle, D. R., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Kindling of life stress in bipolar disorder: comparison of sensitization and autonomy models. *Journal of abnormal psychology*, 124(1), 4–16. <https://doi.org/10.1037/abn0000014>
48. Wilkinson, M. D., Dumontier, M., Aalbersberg, I. J., Appleton, G., Axton, M., Baak, A., Blomberg, N., Boiten, J. W., da Silva Santos, L. B., Bourne, P. E., Bouwman, J., Brookes, A. J., Clark, T., Crosas, M., Dillo, I., Dumon, O., Edmunds, S., Evelo, C. T., Finkers, R., Gonzalez-Beltran, A., ... Mons, B. (2016). The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship. *Scientific data*, 3, 160018. <https://doi.org/10.1038/sdata.2016.18>
49. Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, 126(3), 411–414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>
50. Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). Boston, MA: Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2)
51. Youssef, N. A., Belew, D., Hao, G., Wang, X., Treiber, F. A., Stefanek, M., Yassa, M., Boswell, E., McCall, W. V., & Su, S. (2017). Racial/ethnic differences in the association of childhood adversities with depression and the role of resilience. *Journal of affective disorders*, 208, 577–581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.024>
52. Zamiri-Miandoab, N., Hassanzade, R., & Mirghafourvand, M. (2022). The effect of cognitive behavior therapy on anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a

- systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 21(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00417-y>
53. Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
54. Zhao, Y., Han, L., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S., Ma, R., & Cao, B. (2022). The psychological factors mediating/moderating the association between childhood adversity and depression: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 137, 104663. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104663>
55. Zou, C., Yu, Q., Wang, C., Ding, M., & Chen, L. (2023). Association of depression with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 320, 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.118>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou entender como a resiliência psicológica age como mediadora entre traumas na infância e a gravidade dos sintomas depressivos após o término da psicoterapia em pacientes com TDM. Os resultados revelam melhorias notáveis nos sintomas depressivos e ansiosos, bem como na resiliência, pós-intervenção psicoterapêutica, confirmando a eficácia do tratamento. Correlações positivas entre sintomas depressivos, ansiosos e histórico de trauma na infância enfatizam a complexidade da experiência de pacientes com TDM. Isso destaca a importância de abordagens terapêuticas integradas que considerem esses fatores interconectados. A análise de regressão linear aponta o trauma na infância como preditor significativo da gravidade dos sintomas depressivos.

Incluir a resiliência como variável mediadora indica que ela desempenha um papel crucial na mitigação do impacto direto do trauma nos sintomas depressivos. Essa descoberta reforça a necessidade de uma abordagem holística no entendimento e tratamento do TDM, considerando não só os sintomas, mas também os recursos adaptativos do indivíduo.

## APÊNDICES

### Apêndice 1 – Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Pelotas - UCPel

#### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** PROCESSO TERAPÊUTICO EM PSICOTERAPIAS PARA DEPRESSÃO

**Área Temática:**

**Pesquisador:** RICARDO AZEVEDO DA SILVA

**Versão:** 1

**Instituição:** SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA  
E CULTURA (SPAC)

**CAAE:** 02855312.6.0000.5339

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 66006

**Data da Relatoria:** 19/07/2012

##### Apresentação do Projeto:

A depressão é um importante foco das políticas públicas de saúde, tendo em vista a elevada prevalência na população geral e os prejuízos à qualidade de vida e capacidade produtiva dos indivíduos.

Estudos mostram extensa redução da qualidade de vida, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares. Este projeto insere-se no esforço que vem sendo realizado para elaborar e investigar estratégias de tratamento psicológico sem ignorar os aspectos fisiopatológicos envolvidos nos transtornos de humor visando a aplicabilidade dos modelos de intervenção no serviço público de saúde.

##### Objetivo da Pesquisa:

Investigar a eficácia e efetividade dos modelos de intervenção propostos para a remissão de sintomas depressivos, a regulação das alterações neuroquímicas e do ritmo biológico e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; Verificar a integração genética-resiliência sobre a remissão de sintomas depressivos e a regulação das alterações neuroquímicas. Com isso, o projeto propõe a observação de características sócio-demográficas, psicológicas e genéticas associadas ao abandono terapêutico e ao insucesso das intervenções. Como resultado destas observações, busca-se compreender o impacto de aspectos da personalidade, estilo defensivo e aliança terapêutica na eficácia e efetividade dos modelos de intervenção.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco refere-se a piora ou recorrência do quadro depressivo.

E termos institucionais o benefício consiste nas melhorias do modelo de atenção psicossocial dos portadores de depressão. Em relação a formação profissional da equipe o projeto permitirá a observação mais acurada sobre parâmetros psicológicos e biológicos da depressão que trará subsídios para elencar um conjunto mínimo de habilidades e conhecimentos.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de grande relevância científica e social por abordar um importante foco das políticas públicas de saúde, que é a Depressão.

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto satisfaz todos os itens necessários na proposta de um projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo.

PELOTAS, 02 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
VILSON JOSE LEFFA

**Apêndice 2 – Questionário de pesquisa contendo as variáveis utilizadas neste estudo.**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**  
**AMBULATÓRIO DE PESQUISA E EXTENSÃO EM SAÚDE MENTAL**

- 1- Número do entrevistador: \_\_\_\_\_
- 2- REC do entrevistado: \_\_\_\_\_
- 3- Qual o seu gênero? (0) Feminino (1) Masculino
- 4- Qual a data do seu nascimento? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- 5- Quantos anos completos o (a) Sr (a) tem? \_\_\_\_\_
- 6- Qual a sua raça? (0) Branca (1) Não branca
- 7- Tu estás estudando (ou estudaste) este ano? (0) não (1) sim
- 8- Tu já estudaste na escola alguma vez? (0) não (1) sim
- 9- Em que série tu estás? \_\_\_\_\_ De que grau? \_\_\_\_\_
- 10- Até que série completaste (foste aprovado)? \_\_\_\_\_ De que grau? \_\_\_\_\_
- 11- Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?  
(0) não (1) sim
- 12- Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca? \_\_\_\_\_
- 13- Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim
- 14- Você é casado (a), namora ou possui um companheiro (a)? (0) não (1) sim
- 15- Se sim, ele (a) mora na mesma casa que você? (0) não (1) sim

**ABEP 2012**

- 14- Qual a escolaridade do chefe da família? \_\_\_\_\_
- 15 - Em sua casa tem...?
  - a) Televisão em cores ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
  - b) Rádio ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
  - c) Banheiro ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
  - d) Automóvel ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
  - e) Empregada mensalista ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
  - f) Aspirador de pó ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
  - g) Máquina de lavar ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais

- h) Videocassete e/ou DVD ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
- i) Geladeira ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
- j). Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais

### ANEXO D- Defense Style Questionnaire (DSQ-40)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

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

**1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros, e se isto é tirado de mim, eu ficaria deprimido.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**2. Eu sou capaz de manter um problema fora da minha cabeça até que eu tenha tempo para lidar com ele.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas como pintura e marcenaria.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo facilmente.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**6. As pessoas tendem a me tratar mal.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja ajudada do que punida.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**9. Eu ignoro o perigo como se eu fosse o super-homem.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**10. Eu me orgulho da minha capacidade de saber colocar as pessoas no seu devido lugar.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**13. Eu sou uma pessoa muito inibida.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**15. Eu tenho talentos especiais que me permitem levar a vida sem problemas.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**18. Eu não tenho medo de nada.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**20. Eu fico muito agressivo quando fico magoado.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**22. Tanto quanto eu sei, as pessoas são boas ou más.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**23. Se o meu chefe me repreende, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**24. Eu conheço alguém que pode fazer tudo e que é absolutamente correto e justo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**27. Eu fico com dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**38. Me manter muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu procuraria alguém que tivesse tido o mesmo problema.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**40. Se eu tenho um pensamento agressivo, sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

### ANEXO E- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

**As afirmações a seguir 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, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

**(0) nunca (1) poucas vezes (2) às vezes (3) muitas vezes (4) sempre**

| Enquanto eu crescia...   | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
|--|-------|--------------|----------|--------------|--------|
| 1: Eu não tinha suficiente para comer.   | 1     | 2            | 3        | 4            | 5      |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e me proteger.   | 1     | 2            | 3        | 4            | 5      |
| 3. As pessoas da minha família me chamavam de coisas do tipo “estúpido” (a), “preguiçoso” (a) ou “feio” (a). | 1     | 2            | 3        | 4            | 5      |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.                               | 1     | 2            | 3        | 4            | 5      |
| 5. Houve alguém na minha família que me ajudou a me sentir especial ou importante.                           | 1     | 2            | 3        | 4            | 5      |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas.  | 1     | 2            | 3        | 4            | 5      |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. Eu me senti amado (a).   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Eu tive uma ótima infância.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor,  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Eu tive a melhor família do mundo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Alguém me molestou.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ANEXO F- Resilience Scale (ER)**

**1. Quando eu faço planos, eu os levo até o fim**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**4. Manter interesse nas coisas é importante para mim**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**8. Eu sou amigo de mim mesmo**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**10. Eu sou determinado**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**12. Eu faço as coisas um dia de cada vez**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**14. Eu sou disciplinado**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**15. Eu mantenho interesse nas coisas**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**16. Eu normalmente posso achar motivo para rir**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**21. Minha vida tem sentido**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**ANEXO G- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

|                              | 0                             | 1   | 2  | 4   |
|------------------------------|-------------------------------|---|--|---|
| SINTOMAS                     | <u>Absolutament<br/>e não</u> | <u>Levement<br/>e</u> Não me<br>incomodo<br>u muito | <u>Moderadament<br/>e</u> Foi muito<br>desagradável,<br>mas pude<br>suportar | <u>Gravemen<br/>te</u><br>Dificilment<br>e pude<br>suportar |
| 1. Dormência ou formigamento |                               |   |  |   |
| 2. Sensações de calor        |                               |   |  |   |
| 3. Tremor nas pernas         |                               |   |  |   |
| 4. Incapaz de relaxar        |                               |   |  |   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 5. Medo de acontecimentos ruins         |  |  |  |  |
| 6. Confuso ou delirante                 |  |  |  |  |
| 7. Coração batendo forte e rápido       |  |  |  |  |
| 8. Inseguro (a)                         |  |  |  |  |
| 9. Apavorado (a)                        |  |  |  |  |
| 10. Nervoso (a)                         |  |  |  |  |
| 11. Sensação de sufocamento             |  |  |  |  |
| 12. Tremor nas mãos                     |  |  |  |  |
| 13. Trêmulo (a)                         |  |  |  |  |
| 14. Medo de perder o controle           |  |  |  |  |
| 15. Dificuldade de respirar             |  |  |  |  |
| 16. Medo de morrer                      |  |  |  |  |
| 17. Assustado (a)                       |  |  |  |  |
| 18. Indigestão ou desconforto abdominal |  |  |  |  |
| 19. Desmaios                            |  |  |  |  |
| 20. Rubor facial                        |  |  |  |  |
| 21. Sudorese (não devido ao calor)      |  |  |  |  |

### ANEXO H- Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Data. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste

1 = sinto-me triste

2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto

3 = estou tão triste e infeliz que não posso aguentar

**2.** 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro

1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro

2 = sinto que não tenho nada por que esperar

3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

**3.** 0 = não me sinto fracassado(a)

1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio

2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos

3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa

**4.** 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer

1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar

2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma

3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

**5.** 0 = não me sinto particularmente culpado(a)

1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo

2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo

3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

**6.** 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)

1 = sinto que posso ser punido(a)

2 = espero ser punido(a)

3 = sinto que estou sendo punido(a)

**7.** 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)

1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)

2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)

3 = eu me odeio

**8.** 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa

1 = critico minhas fraquezas ou erros

2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas

3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem

**9.** 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar

1 = tenho pensamentos a respeito de me matar, mas não os levaria adiante

2 = gostaria de me matar

3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade

**10.** 0 = não costumo chorar mais do que o habitual

1 = choro mais agora do que costumava chorar antes

2 = atualmente choro o tempo todo

3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira

**11.** 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época

1 = fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo

3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me

**12.** 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas

1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas

2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas

**13.** 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época

1 = adio minhas decisões mais do que costumava

2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes

3 = não consigo mais tomar decisões

**14.** 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser

1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos

2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos

3 = considero-me feio(a)

**15.** 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes

1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa

2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa

3 = não consigo fazer trabalho nenhum

**16.** 0 = durmo tão bem quanto de hábito

1 = não durmo tão bem quanto costumava

2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir

3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir

**17.** 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito

1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava

2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa

3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

**18.** 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito

1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 = meu apetite está muito pior agora

3 = não tenho mais nenhum apetite

**19.** 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente

1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente

2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,

3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: ( ) sim ( ) não

**20.** 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde

1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre

2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso

3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

**21.** 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual

1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava

2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente

3 = perdi completamente o interesse por sexo