



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Representações objetais e dor psicológica:  
Um estudo exploratório**

**Ana Sofia Firmino Fragata**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2017



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Representações objetais e dor psicológica:  
Um estudo exploratório**

**Ana Sofia Firmino Fragata**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**Mestrado em Psicologia**  
*Especialização em Psicologia Clínica*

**Representações objetais e dor psicológica: Um estudo exploratório**

Ana Sofia Firmino Fragata

**Orientador:**

Prof. Doutor Rui C. Campos

Setembro, 2017

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, aos meus pais pela confiança que em mim depositaram para cumprir este objetivo que é de todos nós. Graças a vós sou o que sou hoje, e não podia ser melhor.

Em particular ao meu grande amigo e companheiro de aventuras, Tiago, que nos momentos mais sombrios e desesperantes me mostrou a luz e indicou o caminho – e que caminhou comigo, sempre do meu lado.

À minha Avó, que depositou em mim o conhecimento de uma vida, que naturalmente me ajudou a ser sempre melhor como ser humano; e ao meu avô, o meu trevo de quatro folhas.

À minha família no geral, o meu muito obrigada, e em especial à minha madrinha, Ana Maria Reis, que sempre foi um exemplo de perseverança e coragem.

Agradeço aos meus verdadeiros amigos que nunca me permitiram desistir. E às minhas irmãs de coração, gosto muito de vocês.

Agradeço aos meus futuros sogros, pelo incentivo, credibilidade e apreço que demonstram por mim e por este percurso.

Por último, mas não menos importante, agradeço ao meu orientador de tese, pela integridade e cooperação que demonstrou durante todo este processo de aprendizagem que perdurará por toda a minha vida.

Agradeço também à Universidade de Évora, e em especial aos restantes professores do Departamento de Psicologia que fizeram parte deste processo de aprendizagem.

Como afirmou Antoine de Saint-Exupéry *“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*. Grata por esta viagem!

## RESUMO

### “Representações objetais e dor psicológica: Um estudo exploratório”

O objetivo deste estudo exploratório é testar, em adultos da comunidade, como as representações objetais do indivíduo influenciam a existência de dor psicológica. A amostra inicial era constituída por 225 participantes eliminando-se 61 protocolos inválidos. Os participantes, com idades entre os 18 e os 65 anos, procederam à descrição do pai e à descrição da mãe e responderam à *Psychache Scale* e ao Inventário para Aceder às Memórias de Infância Relativas às Práticas Parentais. Os resultados mostraram que à exceção do nível DR da mãe, da rejeição-materna e da sobreproteção-paterna, as restantes variáveis – rejeição-paterna; sobreproteção-materna; nível DR para a descrição do pai – se correlacionam significativamente com a variável dor psicológica. Os resultados sugerem que é dado ao papel do pai, uma importância acrescida, em relação ao papel da mãe o que até ao presente não se verificava.

**Palavras-chave:** Representações objetais; Dor psicológica; Rejeição; Sobreproteção; Relação

## ABSTRACT

### “Object representations and psychological pain: An exploratory study”

The aim of this exploratory study is to test, in adults in the community, how the object relations, influences the individual for the existence of psychological pain. The initial sample consisting of 225 participants eliminating 61 invalid protocols. Participants, between the ages of 18 and 65, described the father and the mother and responded to the *Psychache Scale* and to the Inventory to access the Childhood Memories Related to Parental Practices. The results, it was verified that with the exception of the DR level of the mother, the maternal rejection and the paternal overprotection, the remaining variables - paternal rejection; maternal overprotection; level DR for the description of the father - correlate significantly with the psychological pain variable. The results suggests that the role of the father is given greater importance in relation, regarding the role of the mother, which did not previously exist.

**Keywords:** Object representations; Psychological pain; Rejection; Overprotection; Relation

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	3
<b>Capítulo 1 – A dor psicológica enquanto construto psicológico</b> .....	3
1.1 – Definição de dor psicológica .....	3
1.2 – A dor psicológica e o modelo de Shneidman .....	5
1.3 – Dor psicológica e psicopatologia .....	7
<b>Capítulo 2 – As representações objetais</b> .....	10
2.1 – Diferentes perspetivas sobre o conceito de representação objetal... ..	10
2.2 – O desenvolvimento das representações objetais de acordo com Sidney Blatt .....	15
2.3 – Representações objetais e disfuncionalidade .....	19
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	21
<b>Capítulo 3 – Objetivos e Hipóteses de Investigação</b> .....	21
<b>Capítulo 4 – Metodologia</b> .....	24
4.1 – Participantes e Procedimentos .....	24
4.2 – Instrumentos de Medida .....	25
4.2.1 – A Escala de Diferenciação e Relação (Differentiation Relatedness Scale (D-R Scale) .....	25
4.2.2 – Psychache Scale .....	28
4.2.3 – Inventário para Aceder às Memórias de Infância Relativas às Práticas Parentais (Egna Minnen av Barndoms Uppfostran; Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour – EMBU) .....	29
4.3 – Metodologia de análise de dados .....	30
<b>Capítulo 5 – Resultados</b> .....	33
5.1 – Análise descritiva .....	33
5.2 – Análises preliminares .....	34
5.3 – Análise confirmatória .....	35
<b>Capítulo 6 – Discussão</b> .....	36
6.1 – Discussão de Resultados .....	36
6.2 – Limitações e Estudos Futuros .....	39
<b>CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42

<b>ANEXOS</b> .....	61
Anexo A – Escala de Diferenciação e Relação (Differentiation Relatedness Scale D-R Scale).....	62
Anexo B – Escala de Dor Psicológica (Psychache Scale) .....	64
Anexo C - Inventário para aceder às Memórias de Infância relativas às práticas parentais (EMBU) .....	65

## INTRODUÇÃO

As teorias das relações de objeto, têm como exemplo Melanie Klein e Fairbairn, autores que estudaram a concepção de objeto na sua relação com o sujeito e também a noção de objeto interno, ou seja, representado, assimilado ou incorporado. De acordo com Mitchell (1981), a noção de mundo interno é algo fundamental nestas teorias, pois este mundo interno, é composto por objetos com identificação ao ego. Para a maioria dos indivíduos, a maior causa de satisfação e de dor na vida, são as relações pessoais com os outros (Duck, 1988; 1991; Rohner, 1994, 1999). Para as crianças, os outros mais importantes e relevantes são os pais. Uma vasta quantidade de estudos, demonstram que a qualidade (afeto, suporte, conforto, cuidado, carinho e amor) nas relações interpessoais – especialmente relações das crianças com os pais – é o principal preditor de um desenvolvimento psicossocial saudável (Rohner & Veneziano, 2001).

De acordo com Blatt (2008) modelos de funcionamento interno (Hazan & Shaver, 1987), ou esquemas cognitivo-afetivos ou estruturas representacionais do *self* e do outro, são estabelecidos a partir de experiências de vinculação e separação em relações de cuidado. São estes esquemas que determinam os modelos e que mantêm a continuidade dos comportamentos interpessoais desde a infância até à idade adulta. Blatt e Homann (1992) referem que a teoria dos modelos internos dinâmicos de vinculação permite compreender a influência que as experiências precoces têm na idade adulta, nomeadamente na compreensão de problemas interpessoais futuros. Indicaram ainda que existe uma estreita relação entre a qualidade da relação criança-figura de vinculação e a qualidade das suas representações mentais. Assim, o sujeito só irá ter representações com relativa qualidade, de si e dos outros, se a sua relação com a figura de vinculação tiver sido suficientemente estável e positiva (Blatt & Homann, 1992).

A dor psicológica é definida como um sentimento não prazeroso, um sofrimento intenso, com uma origem psicológica e não física. De acordo com Shneidman (1998, 1999) a dor psicológica decorre de necessidades psicológicas importantes que não foram satisfeitas. De acordo com este autor, todo o ato suicida reflete algum tipo de necessidade psicológica insatisfeita e uma profunda dor psicológica.

A importância da variável dor psicológica para a compreensão da psicopatologia e dos comportamentos suicidários faz pensar na possibilidade de a relacionar com as representações objetais disfuncionais, para se entender de que forma os indivíduos se tornam vulneráveis ao mal-estar psicológico. No presente trabalho, procurou-se



compreender melhor a dor psicológica enquanto variável interna, relacionando-a então com as representações objetais.

Alguns autores sugerem uma relação entre dor psicológica e representações objetais (e.g. Mikulincer e Shaver, 2007) e outros referem a importância das relações com os progenitores para a vinculação e para um desenvolvimento harmonioso (Bers, Besser, Harpaz-Rotem & Blatt, 2013; Palazzoli, 1974).

A presente investigação de cariz exploratório, tem como objetivo estudar a relação entre representações parentais e dor psicológica em sujeitos adultos da comunidade. As representações serão avaliadas através de um questionário e de descrições livres das figuras parentais.

Esta dissertação está dividida em duas partes. Na primeira é apresentada a fundamentação teórica que sustenta a investigação. No primeiro capítulo aborda-se a dor psicológica e por isso, no primeiro subcapítulo define-se a dor psicológica e no subcapítulo seguinte aborda-se a dor psicológica tendo por base o modelo de Shneidman (Shneidman, 1993, 1996, 1999). Ainda neste primeiro capítulo, aborda-se, no subcapítulo final a dor psicológica e a psicopatologia. No segundo capítulo são abordadas as representações objetais e no primeiro subcapítulo e com maior detalhe, as diferentes perspetivas sobre o conceito de representação objetiva. Seguidamente, no segundo subcapítulo, explora-se o desenvolvimento das representações objetais de acordo com Sidney Blatt (Blatt, 2004, 2008). Por fim, no terceiro subcapítulo procede-se à relação entre representações objetais e disfuncionalidade. Na segunda parte, a parte empírica, são descritos detalhadamente os objetivos do estudo (capítulo 3), a metodologia de investigação utilizada (capítulo 4) e os resultados encontrados (capítulo 5). No capítulo 6 procede-se à análise e discussão dos resultados e apresentam-se as limitações inerentes ao estudo. A dissertação termina com uma conclusão e com as referências bibliográficas.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Capítulo 1 – A dor psicológica enquanto construto psicológico

#### 1.1 – Definição de dor psicológica

A dor psicológica é um fenómeno afetivo que se pode distinguir teórica e empiricamente, do distress ou mal-estar, da depressão e da desesperança (Campos et al., 2016). Na literatura, são utilizados vários termos para definir o construto de *dor psicológica*, como por exemplo, dor mental ou *psychache* (Verrochio & Marchetti, 2016), perturbação interna (Tossani, 2013), sofrimento psíquico, dor psíquica ou vazio (Meerwijk & Weiss, 2011; Shneidman, 1993; Tossani, 2013, 2014). Bakan (1968) refere que o indivíduo sente dor psicológica quando experiencia uma rutura relacional, enquanto Sandler (1962, 1967) define dor psicológica como um estado afetivo, associado a uma discrepância entre o ideal do *self* e a perceção do *self* real.

No geral, a dor psicológica é vista como um estado paradoxal, pois os sentimentos do indivíduo são sentidos como estando fora do seu controlo; são reprimidos como forma de sobrevivência e como forma de fazer desaparecer o sofrimento e a dor (Greenberg & Bolger, 2001).

Por outro lado, o interesse atual pelo construto de necessidade psicológica, confirmou os diversos tipos de necessidades inerentes ao mesmo, nomeadamente a motivação para o comportamento (e.g., Murray, 1938/2008) e os “nutrientes psicológicos” essenciais ao bem-estar psicológico (e.g., Deci & Ryan, 2000). As necessidades de proximidade (como a manutenção de relações íntimas) e a autonomia (como a auto-determinação e diferenciação) são frequentemente referidas como precursoras de um funcionamento adaptativo (e.g. Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000; Epstein, 1993; Sheldon, Elliot, Kim, & Kasser, 2001) (Bernardo & Vasco, 2015).

A dor psicológica pode ser definida enquanto experiência subjetiva difusa – diferenciada da dor física que é frequentemente associada a estímulos físicos – que se manifesta enquanto resposta interna a estímulos psicológicos nocivos (e.g. depressão ou perturbações psiquiátricas, mais globalmente) (Mee, Bunney, Reist, Potkin & Bunney, 2006).

Orbach (2010; Orbach et. al., 2003a, 2003b) refere que a dor psicológica é resultado de uma internalização de experiências negativas, ao longo da vida, que se traduzem em diversos sentimentos (e.g. perda de controlo, vazio, indiferença) que

quando associados a uma dor irreversível e contribuem para uma visão negativa do *self*, o que intensifica, por sua vez, essa mesma dor psicológica.

Meerwijk e Weiss (2011, 2014) e Meerwijk (2012), sobre a definição e uso do termo dor psicológica, denotaram algumas características transversais aos vários conceitos apresentados na literatura. Todos os conceitos remetem para uma avaliação negativa que o indivíduo faz sobre si próprio, suscitando uma dor insuportável, mas que não é possível manter indefinidamente. Definem dor psicológica como um sentimento desagradável e insustentável, que resulta de uma percepção negativa sobre as capacidades pessoais face a uma perda, de algo ou alguém, ou face ao fracasso em alcançar objetivos relacionados com necessidades psicológicas básicas.

Embora, na generalidade, o conceito seja associado a algo negativo e como destrutivo para a resiliência do ser humano, Morse (2001) refere que a presença de alguma dor psicológica é necessária para a mudança efetiva, bem como para o crescimento pessoal após aceitação das perdas. Na verdade, o sofrimento pode ter diversos significados e diferentes expressões em diferentes indivíduos (Sensky, 2010). O conceito de dor psicológica remete ainda para um sentimento de perda ou incompletude do *self* bem como para, uma consciência do papel do próprio na experiência de dor emocional (Tossani, 2013).

Loeser (2000) afirma que o sofrimento associado à dor psicológica apenas existe na consciência do indivíduo, sendo que as causas deste mesmo sofrimento, variam de sujeito para sujeito, o que Bolger (1999) reforça, afirmando que a dor psicológica se associa a experiências traumáticas, que por sua vez definem ruturas no *self* e perda de controlo. A mesma autora, afirma que há uma quebra repentina da “cobertura”/“capa” que representa a identidade do sujeito e facilita a conexão com os outros. No seu modelo, são representados três estados do *self*: a) coberto, b) quebrado e c) transformado. A dor psicológica é o aspeto central de um *self* quebrado.

Rehnsfeldt e Eriksson (2004) desenvolveram um modelo que denominaram de *modelo de sofrimento*. Neste modelo, descreveram um sofrimento insuportável enquanto escuridão na compreensão da vida, na qual não é encontrado um significado para o evento que causou o sofrimento e as consequências correspondentes. O mesmo se denota, através da verificação de notas de suicídio, onde o tema recorrente é a procura por uma fuga a uma dor psicológica insuportável (Leenars, 1991; Valente, 1994 cit. in Troister & Holden, 2010). Frankl (1963) descreve dor psicológica e sofrimento como uma forma de vazio, que se verifica através da perda de significado de vida, podendo apenas ser atenuado por crenças positivas que providenciam determinado significado (Holm, Bégat & Severinsson, 2009).

Shneidman (1993) define o construto *psychache* como um estado intenso de dor psicológica associada a sentimentos de culpa, angústia, medo, pânico, solidão e desamparo, bem como dor mental associada à perturbação do sujeito (1998). Shneidman (1993, 1996, 1999) distinguiu dor psicológica de dor física. *Psychache* remete para um estado agudo de dor interna, intolerável e associado a uma experiência introspectiva centrada em diversas emoções negativas, referidas anteriormente. Esta dor estaria associada à frustração de necessidades psicológicas básicas, como a necessidade de conforto, segurança, autonomia, afiliação. Resultaria, entre outras causas, da rutura em relações interpessoais importantes e estaria associada a dificuldades em lidar com o sofrimento, raiva e hostilidade do outro. Caso a dor psicológica seja demasiado intensa para ser tolerada pelo indivíduo, este poderá considerar a morte como a melhor solução (You et. al., 2014).

## 1.2 – A dor psicológica e o modelo de Shneidman

De acordo com Shneidman (1996), a dor psicológica é consequência de uma frustração de necessidades psicológicas básicas, dor psicológica que tem como consequências por si só, uma diminuição da autoimagem, um estilo de pensamento restrito ou dicotómico, sentimentos de isolamento ou abandono, de perda de suporte por parte daqueles que são essenciais para o indivíduo e consequentemente, um sentimento de desesperança quanto à própria vida. Assim sendo, este estado intenso de dor psicológica despertaria uma ação consciente de escapar ao sofrimento, o que resultaria numa única solução – o suicídio. Os indivíduos com maior vulnerabilidade para o sofrimento mental, encontrar-se-iam também em maior risco de tentar o suicídio segundo Shneidman.

O suicídio seria causado em última instância pela dor psicológica intensa, pois quando esta dor ultrapassa os limites da tolerância, a morte pode ser vista como uma solução e como fuga (Shneidman, 1993). No modelo cúbico definido por Shneidman (1987) o comportamento suicidário é conceptualizado através das seguintes dimensões: a pressão, a perturbação e a *psychache*. O autor refere ser fundamental a combinação de alguns elementos para que haja suicídio: sentimento de dor intolerável, atitude de se auto-desvalorizar (auto-denegrir), constrição marcada da mente, sensação de isolamento, intenso sentimento de desesperança e decisão consciente de fuga (Shneidman, 1985). Por isso, a *Psychache* é uma de três dimensões essenciais, quando os indivíduos consideram o suicídio.

Shneidman (1999) define dor psicológica ou *psychache* enquanto experiência introspectiva centrada em emoções negativas (e posteriormente como algo constante) que está na base dos comportamentos suicidários, entendendo-se o suicídio como uma tentativa de fuga perante o sofrimento intolerável sentido. O suicídio é conceptualizado numa perspetiva funcional (e não como um caminho para a morte), como forma de terminar com o sofrimento. Quando a intensidade da dor diminui os indivíduos escolhem não morrer (Shneidman, 1984).

Shneidman (1993, 1996, 1999) concluiu que a dor psicológica – que mais tarde designou por *psychache* – é necessária para que haja suicídio, logo, é considerada causa e condição indispensável. Os restantes estados afetivos, enquanto exemplos claros de fatores de risco (e.g. depressão), apenas o são quando a dor psicológica lhes está associada. Uma das afirmações que o autor faz sobre o suicídio, é de que este tem duas vertentes. A primeira, é de que o suicídio é um evento multifacetado, dependendo e associando-se a elementos biológicos, culturais, sociológicos, interpessoais, intrapsíquicos, filosóficos, lógicos, conscientes e inconscientes. A segunda vertente é de que na essência de cada evento suicida, está o elemento psicológico, o que equivale a dizer que, cada “drama suicidário” ocorre individualmente na mente de cada indivíduo.

A consideração do ato suicidário tem um propósito: o de responder ou de compensar determinadas necessidades psicológicas. Shneidman (1998, 1999) definiu dois tipos de necessidades: as necessidades modais – que são fulcrais na definição da personalidade de cada indivíduo (tendo em conta a história de vida); e as necessidades básicas – aquelas que quando frustradas levam à perda de controlo, raiva, vergonha e posterior dor psicológica. Para classificar a personalidade dos pacientes, Shneidman desenvolveu uma lista de necessidades, que permitem compreender como determinadas necessidades influenciavam a consideração que o sujeito tinha por si próprio e pelos outros. Assume como necessidades básicas: necessidades de afiliação (aceitação e amor ou carinho recíproco), neutralização (capacidade de ultrapassar frustrações e humilhações passadas e até mesmo a rejeição), proteção (contra a crítica e a vergonha, preservando a integridade do *self*), autonomia (manter o espaço psicológico privado), necessidade de evitamento perante situações que causem vergonha, desprezo e indiferença dos outros, necessidade de ser amado e emocionalmente alimentado (sentimento de proteção e não de negligência), e necessidade de ordem e compreensão (organização de acontecimentos e ideias de forma a fazerem sentido para os outros e para o próprio) (Shneidman, 2001).

Shneidman (1998, 1999), acredita que perante a frustração de necessidades básicas, os sujeitos podem sentir dor psicológica, e quando as vivências anteriores, os

mecanismos de *coping* e os meios de suporte não são suficientes para os enfrentar, aumentaria o risco de suicídio.

Como forma de explicar o suicídio, Shneidman (1987) criou o já referido modelo cúbico do suicídio. Enquanto modelo tridimensional, conceptualiza os comportamentos suicidas como resultado das sinergias entre um conjunto de variáveis, que em determinado momento criam as condições para o suicídio, nomeadamente: níveis máximos de dor psicológica resultantes da frustração de necessidades básicas; elevada pressão, como resultado de acontecimentos de vida negativos; perturbação com restrição cognitiva (perturbação interior). Defende ainda, que os indivíduos que tentam o suicídio se encontram numa destas condições no momento do ato, embora denote que nem todos os indivíduos que experienciem estas condições tentam o suicídio.

Shneidman (1993), afirma complementarmente que o suicídio depende de seis elementos: a) frequência de acontecimentos de vida stressores ou frustrações psicológicas; b) influência negativa de fatores sociais e de variáveis genéticas; c) perceção de acontecimentos de vida como negativos e/ou muito dolorosos; d) dor psicológica percecionada como inaceitável; e) dor insuportável além dos limites do tolerável; f) encontrar na morte a única solução para terminar com a dor.

Na prática clínica, Shneidman (1980, 1993, 2001, 2005) afirma que o principal objetivo será o de ajudar o paciente a encontrar mecanismos para lidar com a dor psicológica. A prática deve ser orientada para a diminuição da dor, procedimento que intitula de *anodyne* (Shneidman, 2005). O suicídio deverá ser abordado da forma mais focada e operacional possível, identificando-se as frustrações associadas a necessidades básicas, reduzindo-se assim a dor psicológica e prevenindo-se o suicídio.

Como forma de prevenção do suicídio, o autor refere que, os profissionais que lidam com os indivíduos que apresentam comportamentos suicidários devem ter a capacidade de estabelecer uma relação empática, de forma a aceder à dor psicológica profunda e idiossincrática, procurando transformá-la numa dor que possa ser suportada (Shneidman, 1984, 2004, 2005).

### 1.3 – Dor psicológica e psicopatologia

Alguns autores, têm de forma sistemática, ligado a experiência de dor psicológica à psicopatologia. A dor psicológica foi relacionada com a depressão e ansiedade em populações normais, bem como com os comportamentos suicidários (Shneidman, 1996; Orbach et al., 2003). Klein (1974), por exemplo considerou a dor psicológica como

central na depressão. Desenvolveu um modelo dimensional e endogenomórfico da depressão unipolar, baseado em três fatores neurobiológicos: inibição do prazer central (uma incapacidade para responder a estímulos internos e externos de forma positiva, o que se reverte em anedonia), dor central desinibida (que pode ser descrita como dor psicológica e representa uma resposta excessiva perante imagens negativas e estímulos, sentindo-se os indivíduos agitados, infelizes, culpados) e mecanismos facilitadores de inibição psicomotora (como retardação psicomotora, decréscimo de energia e pensamento lentificado).

van Heeringen et al. (2010) denotaram mudanças no funcionamento do cérebro mediante a presença de dor mental, isto em pacientes depressivos. Os resultados da investigação demonstraram que os níveis de dor psicológica não se relacionam com depressão severa, mas associam-se às mudanças na circulação sanguínea do sangue no cérebro em áreas envolvidas no processamento de emoções.

A dor psicológica também foi examinada no contexto da perturbação de stress pós-traumático. Tossani (2013) refere que se o lugar onde se situa essa dor psicológica estiver “anestesiado”, é difícil ao indivíduo reconhecer emoções, assim como discriminar, descrever ou regular essas mesmas emoções. Num estudo, com 85 veteranos, Monson et. al. (2004) avaliaram a relação entre conteúdo emocional, variáveis processuais e sintomas de perturbação de stress pós-traumático, e desta forma, sugeriram que a depressão – enquanto sintoma de stress pós-traumático – pode ser considerada um efeito secundário provocada por uma inércia psicológica do sujeito.

DeFrain et al. (2003) concluíram que os indivíduos que experienciam trauma na infância, podem recuperar da dor psicológica, contudo a jornada pode ser bastante longa (Holm, Bégat & Severinsson, 2009). O trauma é experienciado como dor psicológica que quebra as defesas psicológicas e corporais, o que deixa o indivíduo vulnerável a perturbações mentais como a ansiedade, depressão e entorpecimento (Williams et al., 2006).

Empiricamente, diversas investigações demonstram associações entre o resultado em escalas de dor psicológica, como a *Psychache Scale* e a suicidalidade, em várias populações, como estudantes (Flamenbaum & Holden, 2007) e pacientes psiquiátricos (Pompili et. al., 2008), sendo que a dor psicológica tem um valor preditivo da suicidalidade superior quando associada à depressão e à desesperança (DeLisle & Holden, 2009; Mills, Green & Reddon, 2005; Troister & Holden, 2010, 2013). Alguns estudos propõem um mecanismo para a ligação entre depressão e suicidalidade (e.g., Campos et al., 2016), demonstrando que a dor psicológica medeia a relação entre depressão e desesperança e o risco de suicídio.

A depressão tem um papel importante no risco de suicídio. Contudo, muitas das pessoas com depressão não tentam o suicídio e pessoas que tentam o suicídio não estão clinicamente deprimidas (Baumeister, 1990; Harkavy-Fiedman et. al., 2004; Nahaliel et. al., 2014). A dor psicológica durante um episódio depressivo é frequentemente descrita como pior que qualquer outra dor física que o indivíduo tenha experienciado (Osmond et al., 1984 cit. in Mee et. al., 2006) e pode ser responsável pelo risco suicidário nestes indivíduos.

De facto, a ideação suicida e as tentativas de suicídio podem ser mais bem explicadas “enquanto” dor psicológica – ao invés de explicadas por causas biológicas. É razoável pensar que os comportamentos suicidários não estão associados a nenhuma localização específica no cérebro e não sejam acessíveis a estudos de imagiologia. Os comportamentos suicidários poderão ser secundários para outras perturbações mentais (Leon, Baca-Garcia & Blasco-Fontecilla, 2015).

Levi, Horesh, Fischel et al. (2008) verificaram que a prevalência de dor psicológica no indivíduo seria um preditor de comportamento suicidário, isto quando há uma conjugação de dificuldades interpessoais e de comunicação, como por exemplo, a fraca capacidade de lidar com a exposição social, os traços esquizoides do sujeito, a alexitimia e a solidão (Keefer, Holden & Gillis, 2009; Levi-Belz et. al., 2014).



## Capítulo 2 – As representações objetais

### 2.1 – Diferentes perspectivas sobre o conceito de representação objetal

As teorias das relações de objeto descrevem as diversas formas de relação que, de um modo característico e de forma individual, representam o *self* e os outros (Handelzalts, Fisher & Naot, 2014). Em filosofia, “representação” é definida como o que alguém representa para o outro, o conteúdo concreto de um ato de pensar, como a formação de uma percepção prévia (Timary, Heenem-Wolff & Philippot, 2011). As representações de si próprio e as representações objetais influenciam as percepções do sujeito sobre outras pessoas, bem como as suas relações interpessoais correntes (Kernhof, Kaufhold & Grabhorn, 2008). A abordagem psicanalítica das relações de objeto realça a importância da interação dinâmica, entre o *self* e o outro, para o indivíduo (Prout, Cecero & Dragatsi, 2012). As teorias descrevem, a forma como os indivíduos constroem relações com os seus pais e como estas relações continuam ao longo do tempo a influenciar expectativas interpessoais, comportamentos e sentimentos (Calabrese, Farber & Westen, 2005).

As relações de objeto advêm de um desenvolvimento britânico da teoria psicanalítica freudiana (Gomez, 2005). Ao invés de encarar o ser humano como um sistema de impulsos biológicos, colocam a relação no centro do que significa ser-se humano. O termo “objeto” não se refere a uma coisa inanimada, mas a uma transferência da ideia freudiana de alvo ou objeto de pulsão. “Objeto” pode também incluir, ainda que de forma secundária, uma coisa ou ideia não humana que é subjetivamente importante devido às suas associações com elementos humanos (e.g. casa, arte) (Gomez, 2005).

Gomez (2005) refere também que a teoria das relações de objeto considera o *self* como a esfera pessoal que se desenvolve e existe dentro de um contexto de relação, e é ele próprio constituído por relações internas entre os diferentes aspetos da pessoa. Estas teorias, baseiam-se na convicção de que o ser humano é essencialmente social, que a necessidade de contato com os outros é primária e não pode ser explicada em termos de outras necessidades ou reduzida a algo mais básico. Assim sendo, a necessidade de relação é considerada fundamental, sendo o *self* constituído por relações internas, tanto de nível consciente como inconsciente.

A teoria das relações de objeto assume que desde a infância, as relações com outros significativos, são internalizadas sobre a forma de representação, consistindo num conjunto amplo de informação cognitiva, afetiva e experiencial sobre o *self*, os

objetos e a sua interação (Diguier, Pelletier, Hébert, Descôteaus, Rousseau & Daoust, 2004). Este elemento caracterizador é consistente com o que é referido nas teorias da intersubjetividade, que afirmam que as crianças se tornam sujeitos independentes apenas se forem reconhecidas como tal pelos seus cuidadores (Fonagy et. al. 1995) o que sucede nas relações e na interação com os objetos.

Na psicologia de Freud a mente era vista como concreta, mensurável e fisiológica. Mais tarde, este autor desenvolveu uma visão mais subjetiva da mente como o centro da experiência, demonstrando a importância das relações com as outras pessoas e também das relações internas que constituem a complexidade do indivíduo (Gomez, 2005). Termos como Complexo de Édipo, com a sua estrutura interpessoal e superego, como uma interiorização de aspetos dos progenitores, demonstram o acréscimo de uma perspetiva mais relacional contrária à sua visão inicial que dizia que o desenvolvimento emocional se baseava em processos endógenos (Gomez, 2005). Mas para Freud, o ser humano é sobretudo motivado por impulsos sexuais e agressivos, inata e biologicamente determinados, enquanto que para a abordagem relacional a principal motivação é a procura de relações com os outros.

Já Melanie Klein, apresenta uma teoria que deriva de uma base subjetiva, em contraste com a base fisiológica “científica” do trabalho inicial desenvolvido por Freud. Klein, introduziu a ideia de um mundo interior em que cada um de nós vive, interagindo e influenciando o mundo externo bem como a nossa perceção sobre o mesmo (Gomez, 2005).

A maioria dos teóricos das relações de objeto focaram-se sobretudo nas representações mentais de indivíduos adultos sobre o *self* e outros em relações próximas, durante o processo psicoterapêutico (Levy, Blatt & Shaver 1998). Mas têm a convicção de que tais representações são resultado de uma maturação das relações precoces com os pais (Levy, Blatt & Shaver 1998). De acordo com a psicanálise e a psicologia cognitiva do desenvolvimento, as crianças transformam as interações com os primeiros cuidadores em esquemas cognitivo-afetivos do *self* e do outro, e estes esquemas regulam e “dirigem” uma grande quantidade de comportamentos, especialmente em relações interpessoais (e.g. Ainsworth, 1969, 1983; Beebe & Lachmann, 2002; Blatt, 1991, 1995; Blatt & Lerner, 1983; Bowlby, 1973, 1982, 1977, 1979, 1988; Fonagy et al. 1995; Lichtenberg, 1983; Mahler, Pine & Bergman, 1975; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Piaget, 1954; Sandler & Rosenblatt, 1962; Stern, 1985).

Bowlby (1969, 1982), combinou diversas disciplinas científicas (e.g. etologia e psicologia cognitiva) numa procura de conceitos compatíveis que pudessem explicar a ligação afetiva entre o bebé e os seus cuidadores e, os efeitos a longo prazo, no

desenvolvimento da personalidade e vulnerabilidade à psicopatologia, das experiências de vinculação precoce.

Bowlby (1976) propôs que a vinculação precoce pais-filho tem um papel crucial no desenvolvimento normativo infantil e no funcionamento do indivíduo ao longo de todo o ciclo vital. Teorizou que as interações precoces com figuras de vinculação são codificadas em representações mentais internas, ou seja, modelos (e.g. expectativas, crenças, regras) de funcionamento do *self* e dos outros (Levy et. al., 1998). Uma criança que tem uma história baseada numa “vinculação” segura com os pais geralmente cresce como um adulto seguro, resiliente e cooperativo. Por outro lado, se os pais “falharem” no reconhecimento das necessidades do filho, o desenvolvimento infantil é afetado, encaminhando o indivíduo para possíveis riscos ao nível emocional (Riggs, Jacobvitz & Hazen 2002), para a expressão de uma personalidade com características desadaptativas e rejeição pelos pares (Booth-La-Force & Kerns, 2009) e ainda para perturbações mentais, como depressão (Anno et al., 2015). A natureza do desenvolvimento social precoce do bebé constitui os alicerces do que será o seu relacionamento com os pares no futuro (Schaffer, 1996).

O conceito de objeto e o processo de representação mental, bem como o seu desenvolvimento, têm sido estudados, quer pela psicologia cognitiva do desenvolvimento (e.g. Piaget, 1954; Werner, 1948; Werner & Kaplan, 1963) quer pelas teorias psicanalíticas do desenvolvimento. Verifica-se aliás, que este nível de desenvolvimento corresponde a um desenvolvimento dominante contemporâneo da teoria e técnica psicanalítica (Kernberg, 2015). Este nível de desenvolvimento propõe a internalização das relações significativas entre o *self* e os outros enquanto blocos fundamentais de construção da mente (Kernberg, 2004). A internalização de relações significativas e das representações objetivas, em unidades diádicas do *self*, ligam-se através do afeto com que são experienciadas, constituindo as infraestruturas básicas da mente. A consolidação e gradual integração destas unidades diádicas em estruturas mais complexas proporciona o desenvolvimento da estrutura tripartida: ego, superego e Id (Kernberg, 2015).

A organização intrapsíquica de unidades diádicas básicas constitui as estruturas fundamentais da personalidade que inicialmente foram formuladas por Fairbairn (1954) e Melanie Klein (1952). Estas unidades básicas representacionais internalizadas *self/objeto* foram concebidas como estando embutidas em estados afetivos, positivos e negativos, determinando especificamente o “muito bem” e o “muito mal”, o “idealizado” e as estruturas mentais “persecutórias” (Kernberg, 2015). Diamond e Blatt (2007) objetivaram em termos comportamentais as estruturas assumidas intrapsíquicas, que direcionaram Bowlby e Ainsworth a desenvolverem a teoria da vinculação

contemporânea, enquanto correspondência comportamental das relações de objeto internalizadas, que se estabelecem sob a influência da relação precoce mãe-filho.

De acordo, com a teoria da vinculação e a psicanálise, os esquemas cognitivo-afetivos, ou seja, as representações das relações emocionalmente significativas desenvolvem-se mediante a internalização de aspectos de interações precoces entre o *self* e os outros significativos. A teoria da vinculação assume que durante os primeiros 18 meses de vida, a criança estabelece representações mentais ou modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1973, 1980, 1982). As representações pré-simbólicas do laço afetivo no primeiro ano de vida (Beebe & Lachmann, 1994), são transformados no segundo ano em representações simbólicas com permanência de objeto e constância de objeto (Blatt, 1995). Estes esquemas cognitivo-afetivos proporcionam um modelo que mantém a continuidade do comportamento interpessoal desde a primeira infância até à infância, adolescência e adultez (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

As relações de objeto são uma função do ego que se refere à forma como o indivíduo conduz as relações e como se experiencia a si mesmo nas relações com os outros (Freud, 1986). Uma caracterização consensual do ponto de vista da relação de objeto, é de que o sujeito se relaciona com os pares em situações na vida adulta de uma forma que foi moldada pelas experiências familiares durante a infância (Bell, 1995 cit. in Miranda & Louzã, 2015).

A teoria das relações de objeto estendeu o modelo estrutural de Klein de uma pessoa, da posição esquizo-paranóide e depressiva para um modelo intersubjetivo de duas pessoas, utilizando o conceito de Bion (1970) do contentor-conteúdo e o conceito de Winnicott (1971) de experiência transicional (Gomez, 2005).

Bion, utiliza o conceito de contentor-conteúdo de duas formas: primeiramente como estrutura intrapsíquica, descrevendo a capacidade do indivíduo para efetivamente pensar, simbolizar a experiência, para criar um significado a partir de um pensamento concreto: da posição esquizo-paranóide para um pensamento simbólico da posição depressiva. O referido conceito também é utilizado enquanto conceito intersubjetivo, descrevendo a relação pais-criança ou paciente-terapeuta, sugerindo que a capacidade para pensar e desenvolver estruturas mentais, ocorre em relações íntimas na qual a ansiedade intolerável da criança ou paciente é contida e, afetivamente elaborada pelo progenitor ou terapeuta. Isto exige da criança ou paciente uma reinternalização da nova experiência de forma segura e simbólica, de forma a desenvolver a sua própria capacidade de pensar, e de conter e transformar a experiência (Newirth, 2016).

O processo de envolvimento gratificante e as experiências de incompatibilidade (separação e individuação) são centrais para o crescimento psicológico, não apenas no

desenvolvimento normal, mas também em psicoterapia (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

A função reflexiva e as representações mentais do *self* e do outro, são dois conceitos que revelam elevada importância na internalização de aspectos de relações significativas com os cuidadores. A internalização é um mecanismo fundamental para o desenvolvimento psicológico ao longo da vida, bem como para o processo terapêutico (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008; Werbart et al., 2011).

As formulações originais dos teóricos do modelo relacional (e.g. Sullivan, Fairbairn, Winnicott e Kohut) tendem a atribuir as causas da psicopatologia preponderantemente a fatores externos, como inadequação parental enquanto os teóricos contemporâneos tendem a atribuir mais importância a aspectos internos e às interações no contexto e ao que estas proporcionam (e.g. excitabilidade ou sensibilidade ao prazer e à dor) (Mitchell & Black, 1995).

Para os teóricos do modelo relacional em psicanálise, bem como para a antropologia moderna e linguística moderna, a mente do indivíduo é um produto e, igualmente um participante ativo na matriz cultural e linguística. O significado não é dado à priori, mas deriva da matriz relacional. O campo relacional é constituído por todas as experiências do indivíduo e as relações sociais são consideradas em si mesmas como biologicamente enraizadas e geneticamente codificadas (Mitchell, 1988).

A abordagem relacional é uma tentativa de desenvolver as teorias que tradicionalmente enfatizam tanto a relação de objeto interna como a externa, o intrapsíquico e o interpessoal e os fatores constitucionais ou os fatores ambientais (Aron, 1996).

Stolorow e Atwood (1992; citados por Mitchell, 2000) afirmam que a teoria psicoanalítica da intersubjetividade é uma teoria de sistemas que procura compreender os fenómenos psicológicos não enquanto produtos de mecanismos intrapsíquicos isolados e estruturas intrapsíquicas, mas enquanto interface de interações de experiências recíprocas. Assim, e tendo como base a psicologia do desenvolvimento, propôs que a organização das experiências da criança deve ser vista como propriedade de um sistema criança-cuidador de regulação mútua e, mais, refere que são os padrões recorrentes de interações intersubjetivas em conjunto com o sistema desenvolvimental, que resultam no estabelecimento de princípios invariantes e temas que inconscientemente organizam as experiências subsequentes da criança (Sander, 1985; Beebe & Lachmann, 1988).

Stolorow (2013) postulou que o desenvolvimento e os padrões recorrentes de interações intersubjetivas no sistema desenvolvimental, dão origem a princípios organizadores (padrões temáticos, estruturas-significado) que subsequentemente e

inconscientemente, organizam experiências precoces emocionais e relacionais, que são consideradas múltiplas e complexas (Mitchell, 1988). Estes princípios organizadores, intersubjetivamente derivados, são os blocos essenciais e básicos na construção do desenvolvimento da personalidade e, na sua totalidade, constituem o carácter do indivíduo.

A mente humana é estruturada a partir de configurações relacionais de interação na matriz social que coexiste com o ser humano desde o nascimento (Coderch, 2011). A noção do contexto social surge para explicar o desenvolvimento, no processo de mentalização, o que é reconhecido em Fonagy e os seus colaboradores (Sutil, 2010). É através da internalização das mentes dos outros e da própria mente do indivíduo, que se desenvolve o “ser social”, pois para haver um desenvolvimento no meio cultural, há uma necessidade de elaborar na infância uma teoria da mente. Das teorias que explicam este processo, Coderch (2011) refere a teoria da simulação que dispõe de um certo valor empírico pela investigação atual sobre os neurónios em espelho. De acordo com esta teoria, o observador procura compreender os estados mentais dos outros criando uma “cópia”, na sua própria mente.

## 2.2 – O desenvolvimento das representações objetais de acordo com Sidney Blatt

De acordo com algumas formulações, as relações de objeto são internalizadas como parte do desenvolvimento das representações mentais tornando-se parte da estrutura da personalidade (Blatt, Wild & Ritzler, 1976; Loewald, 1962, 1970; Meissner, 1979; Blatt & Lerner, 1983). Blatt (2008) desenvolve o conceito de modelos de funcionamento interno que são esquemas cognitivo-afetivos ou estruturas representacionais do *self* e do outro, estabelecidas em experiências de vinculação e separação em relações de cuidado. Estes esquemas providenciam modelos que mantêm a continuidade de comportamentos interpessoais desde a infância até à adultez (e.g. Brumbaugh & Fraley, 2006).

Blatt e colegas (Blatt, 1974; Blatt & Lerner, 1983) sugeriram que as componentes cognitivo-afetivas das representações do *self* e dos outros, se desenvolvem epigeneticamente e se tornam com o tempo cada vez mais exatas, complexas, articuladas e estruturadas conceptualmente. Níveis mais evoluídos de representação ampliam os níveis menos evoluídos, sendo estes novos modos de representação e relação compreensivos e afetivos. Seguindo estes princípios epigenéticos, Blatt verificou que as representações do *self* e dos outros podem variar de um nível global,

difuso e fragmentado e para níveis cada vez mais, diferenciados, flexíveis e hierarquicamente organizados (Levy, Blatt & Shaver, 1998).

Experiências de envolvimento gratificante e incompatibilidade experienciada na diade mãe-criança contribuem para a formação de esquemas pré-operacionais na infância, e no fim do primeiro ano de vida, para a formação de modelos de funcionamento interno de relações de vinculação, ou seja, *“um conjunto de regras conscientes e inconscientes para a organização de informação relevante para a vinculação e para obter ou limitar o acesso a essa informação, que é, informação sobre experiências relacionadas com a vinculação, sentimentos e ideações.”* (Main, Kaplan & Cassidy, 1985, p.67). O laço afetivo entre bebê e cuidador, estabelecido durante o primeiro ano de vida, evolui durante o segundo ano para a construção de um esquema relativo à permanência do objeto e depois para uma constância evocativa que proporciona uma base segura (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1988) que capacita a criança a deixar a mãe para explorar o mundo, para além da primeira relação. A natureza desta relação vinculativa, influencia marcadamente a forma como a criança lida com a separação.

A maturação nas representações mentais ao longo do desenvolvimento cognitivo ocorre mediante a interação entre as capacidades inatas do indivíduo e as experiências com os outros. Quinlan, Blatt, Chevron e Wein (1992), dizem-nos que as experiências interpessoais são internalizadas enquanto estruturas cognitivas que dirigem e organizam futuras interações com o meio. A representação do objeto desenvolve-se através de sucessivos estádios de desenvolvimento.

As representações de objeto, variam desde a representação da imagem do objeto presente no campo perceptivo até à evocação simbólica de realidades ausentes. Assim, as formas iniciais de representação são baseadas em sequências de ações associadas à necessidade de gratificação; as formas intermediárias dizem respeito a características perceptuais específicas enquanto as formas mais evoluídas são mais simbólicas e conceptuais (Quinlan et al., 1992).

O primeiro nível de representação referido por Blatt (2004) é o sensório motor; neste nível, o objeto é inicialmente apreciado pela sua capacidade de gratificação. A representação é indiferenciada e foca-se quase exclusivamente na gratificação que promove ao sujeito. Apesar de a criança ter alguma consciência do objeto, este não está totalmente separado da experiência e dos eventos. Assim, a pessoa é reconhecida e valorizada em determinado contexto específico, limitado de necessidade de gratificação.

Já o segundo nível, é caracterizado como representação perceptiva do objeto. Aqui, a criança já desenvolveu a capacidade para reconhecer a pessoa, independentemente da ação ou do contexto. O sujeito é reconhecido como uma entidade com direitos,

características, funções e ações sendo mantido um vínculo constante independentemente das experiências de frustração-gratificação. A representação surge da diferenciação do sujeito dos outros. Assim que a criança adquire esta capacidade de reconhecimento perceptivo do objeto, adquire também a capacidade de evocar a representação da pessoa na sua ausência.

O terceiro nível de representação corresponde ao nível icónico de objeto. Neste nível já existe uma representação conceptual do objeto: complexo, integrado e abstrato. Esta representação é particularmente simbólica e conceptual, contudo a representação é apenas baseada em sinais concretos mais do que em simbolizações abstratas do objeto. A representação inicialmente é concreta, fragmentada, mas pode conter contradições e ambivalências e posteriormente revela características mais funcionais e simbólicas (Piaget, 1945, 1962 cit. in Blatt, 2004).

Por último, no nível da representação conceptual, integram-se características interiores com aspetos manifestos dos objetos. Isto requer uma capacidade de integração de características contraditórias do objeto. O objeto é representado como uma entidade independente com características, valores, funções e sentimentos próprios. A representação adquire então uma completa estabilidade e continuidade (Blatt, 2004). Os últimos estádios da representação são baseados na integração e extensão dos estádios anteriores.

Foi uma integração de conceitos da psicologia cognitiva do desenvolvimento, da teoria psicanalítica do desenvolvimento e da teoria da vinculação bem como da investigação empírica, que permitiu a Blatt (2008) a especificação de vários pontos nodais, desde a infância até à idade adulta, no desenvolvimento de uma organização estruturada (ou dimensões processuais) dos esquemas cognitivo-afetivos.

Por outro lado, foi através do desenvolvimento de procedimentos que possibilitam o acesso a características da representação mental, através da estrutural organizacional e do conteúdo temático, que Blatt e colaboradores (Blatt et al. 1979, 1988; Blatt, Bers & Schaffer, 1992; Diamond et al. 1991) avaliaram as descrições espontâneas do *self* e de outros com significado para o sujeito. Com base em conceitos da teoria psicanalítica e da teoria cognitiva, construíram métodos que permitem aceder ao grau de diferenciação e relacionamento interpessoal (Diamond et al. 1991) das descrições (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

A partir das formulações teóricas e observações clínicas sobre os processos precoces de imposição de limites (Blatt & Wild, 1976; Blatt et al. 1975; Jacobson, 1964; Kernberg, 1975, 1976), dos processos de separação-individuação (Coonerty, 1986; Mahler et al. 1975), da formação do sentido de *self* e do desenvolvimento de intersubjetividade (Stern, 1985) bem como da interação entre o desenvolvimento da



auto-definição e do incrementar de níveis mais maduros de relação interpessoal (Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Blass, 1990, 1996), Diamond e colegas (1991) desenvolveram uma escala de 10 pontos que permite aceder ao grau de diferenciação e relação nas descrições do *self* e dos seus significativos. Esta escala é então composta pelos seguintes níveis: 1. Falta de diferenciação básica entre o *self* e os outros (nível 1 e 2); O uso do espelhamento (nível 3); Idealização do *self*-outro ou denigração (nível 4); Uma oscilação entre uma polarização de atributos negativos e positivos (nível 5) como uma forma de estabelecer, consolidar ou estabilizar as representações; Uma representação do *self* e do outro emergente, diferenciada, constante e integrada, com o aumentar da tolerância para a complexidade e ambiguidade (nível 6 e nível 7); Representações do *self* e do outro como empaticamente inter-relacionadas (nível 8); Representações do *self* e do outro em interações fáceis, mútuas e recíprocas (nível 9); Representações refletidas, construtivas e integradas do *self* e do outro em relações recíprocas (nível 10) (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

Os dez níveis de diferenciação-relação identificados na escala DR foram estabelecidos com base nas formulações teóricas articuladas por Blatt e pelos resultados clínicos e desenvolvimentais que refletem o que é geralmente considerado clinicamente significativo e o que é considerado patológico para as relações de objeto serem, também consideradas, intactas e saudáveis (Auerbach & Blatt, 2002; Blatt, Auerbach, & Levy, 1997; Blatt, 2008).

Esta escala reflete, nos seus níveis mais básicos, o compromisso dos limites quanto à consciência corporal, emoções e pensamentos. Os níveis seguintes refletem uma visão unitária e sólida de si próprio e do outro como extensões de si mesmo ou como imagens em espelho. Num nível intermédio de diferenciação, as representações são organizadas sobre uma idealização unitária ou denigração do *self* ou do outro. Num nível seguinte, estes aspetos exagerados do *self* e do outro alternam numa posição de extremos polarizados. Os níveis finais da escala de diferenciação refletem um incremento da capacidade para integrar aspetos dispersos do *self* e do outro e a tolerância para a ambivalência e ambiguidade (Kernberg, 1977).

Esta escala tem por base que o desenvolvimento psicológico se modifica consoante a emergência de sentido de auto-definição individual, consolidado, integrado e empaticamente sintonizado com a relação mútua com os outros significativos (Aron & Westbay, 1996; Blatt, 1991, 1995, 2006, 2008; Blatt & Blass, 1990, 1996; Blatt & Shichman, 1983; Miller, 1984; Mitchell, 1988; Stern, 1985; Surrey, 1985) (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

A interação dialética entre a diferenciação e a relação facilita a emergência e consolidação de níveis consecutivamente mais maduros tanto da auto-organização como da relação empática e recíproca (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

A Escala DR descreve uma empatia e reciprocidade nas relações interpessoais complexas. Nos níveis mais baixos, o sentido de relação nas representações pode revelar o estar sobrecarregado ou controlado pelo outro. Nos níveis seguintes, a relação pode ser expressa primeiramente em interações, na expressão da cooperação e colaboração, na compreensão da perspectiva do outro ou na expressão da empatia mútua (Blatt & Blass, 1990, 1996). Nos níveis mais elevados, as descrições refletem um sentido de participação em matrizes relacionais complexas que determinam percepções, atribuições e construções com significado (Blatt, Auerbach & Behrends, 2008).

### 2.3 – Representações objetais e disfuncionalidade

As representações objetais disfuncionais estão associadas à psicopatologia e particularmente à gravidade dos sintomas psiquiátricos (Prout, Cecero & Dragatsi, 2012). Esta disfuncionalidade ao nível das relações de objeto pode revelar-se de diversas formas, como o perceber os outros como hostis e persecutórios, experienciar um vasto suporte social e por último, através do sentimento de alienação (Prout, Cecero & Dragatsi, 2012). As representações do objeto disfuncionais são frequentemente relatadas por exemplo, por indivíduos com esquizofrenia. Estas são caracterizadas por sentimentos de alienação, vinculação insegura, egocentrismo e incompetência social (Bell, Lysaker & Milstein, 1992).

Pacientes psiquiátricos apresentam consistentemente temas conceptualmente problemáticos e baixa complexidade e diferenciação nas suas descrições sobre os objetos primários (Diguier, Pelletier, Hébert, Descôteaux, Rousseau & Daoust, 2004). Representações punitivas dos objetos também estão especificamente ligadas com elevados níveis de depressão e uma diminuição na percepção do suporte social (Besser & Priel, 2007).

As representações objetais desadaptativas têm sido associadas a perturbações psicóticas como a esquizofrenia. A psicopatologia grave como psicose é com frequência caracterizada por representações objetais caóticas e primitivas, por perturbação dos limites nestas representações mentais e uma incapacidade para alcançar níveis mais integrados do desenvolvimento das relações de objeto (Blatt, Wild & Ritzler, 1975). Representações do objeto problemáticas, caracterizadas por sentimentos de alienação,

vinculação insegura, egocentrismo ou incompetência social, são frequentemente relatadas por indivíduos com esquizofrenia (Bell, Lysaker & Milstein, 1992).

Acredita-se que a depressão está associada a um sentimento de medo ou de perda do objeto significativo e amado. Este objeto desenvolve-se desde a infância e é mais tarde repetido por relações pobres. Há evidências claras que nos mostram que a depressão é claramente afetada pela qualidade percebida da vinculação materna na infância (Kaslow & Magnavita, 2002).

Lowyck, Luyten, Verhaest, Vandeneed e Vermote (2013) numa investigação sobre a possível relação entre duas medidas que permitem aceder ao nível de funcionamento da personalidade – Escala DR e o Inventário de Relações de Objeto – verificaram que níveis baixos de desenvolvimento estão possivelmente relacionados com depressão severa, distress, auto-mutilação e problemas interpessoais.

Pacientes com perturbações alimentares apresentam um nível baixo de mentalização e simbolização perante objetos de funcionamento malevolentes. Perante uma representação mental benevolente dos pais, especificamente com o pai, e perante capacidades para pensar superiores, verifica-se que há uma baixa predição de sintomas de perturbações alimentares. Assim sendo, uma adequada mentalização e modelos parentais benevolentes são fatores protetores na redução do nível de perturbações alimentares (Rothschild-Yakar, Waniel & Stein, 2013).

Relações parentais pobres têm sido associadas também ao aumento significativo de oscilações de humor e perturbações de ansiedade. Da mesma forma, há uma associação entre relações parentais pouco produtivas e pobres com um evitamento social e com estilos dependentes de vinculação. Renee e Styron (2012) verificaram que a qualidade das relações parentais está associada com a saúde mental e com o funcionamento social na idade adulta.

Kaslow e colaboradores (1998) verificaram que pacientes que tentam suicídio encaram as relações sociais de forma mais negativa, investem menos a nível emocional, têm uma visão menos abrangente e as representações do *self* e dos outros situam-se em níveis muito inferiores quando comparados com pacientes que nunca tentaram o suicídio.

É pertinente destacar que ao nível terapêutico, Harpaz-Rotem e Blatt (2005) investigaram o que Blass e Blatt (1996) verificaram demonstrando que há um ganho progressivo num tratamento de longo termo e intensivo de jovens adultos, permitindo o desenvolvimento de capacidades que por sua vez possibilitam uma representação, consolidada do outro avaliada pela escala DR. A redução ao nível dos sintomas psicológicos está correlacionada com o aumento do nível de desenvolvimento nas representações da mãe, do pai e de outros significativos.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### Capítulo 3 – Objetivos e Hipóteses de Investigação

Shneidman definiu dor psicológica como “*dor, angústia, dor psicológica na mente*” (Shneidman, 1993, p. 145). Propôs que a dor psicológica é uma condição necessária para ocorrência de suicídio e que todos os outros fatores, como a depressão e a desesperança, são secundários e apenas relevantes, na medida em que podem resultar em dor psicológica (Shneidman, 1993 cit. In. Troister & Holden, 2010). Para um indivíduo morrer por suicídio, a percepção que tem da sua dor deve ser que esta é insuportável, considerando que a interrupção desta dor é apenas possível através de uma interrupção da consciência. Na verdade, se a dor pudesse ser aliviada, o indivíduo estaria disposto a continuar a viver (Shneidman, 1984).

Blatt et al. (1992) referem que as representações objetais se situam num contínuo maturativo. As representações das relações de cuidado são internalizadas. Transformam-se em padrões internos que se mantêm ao longo da vida do sujeito (Blatt & Lerner, 1983), embora vão sofrendo modificações ao longo do tempo. As interações com as figuras significativas na infância, habitualmente com o pai e a mãe, têm uma importância fulcral na construção das representações do *self* e dos outros. Estas mesmas representações constituem em parte esquemas heurísticos que permitem ao indivíduo regular o seu comportamento (Ainsworth, 1969; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979; Blatt, Chevron, Quinlan, Schaffer & Wein, 1992; Levy, Blatt & Shaver, 1998).

Por vezes, ocorrem disrupções nas relações de cuidado, impedindo que a criança consiga ultrapassar determinadas situações, vistas como disfuncionais, adequadamente. A criança esforça-se psiquicamente, para conseguir lidar com estas experiências perturbadoras, investindo uma quantidade de energia psíquica excessiva para tentar manter a homeostase (Bornstein, 2006). Desta forma, origina-se uma fixação no período de desenvolvimento que foi perturbado e em que a criança se encontrava (Harpaz-Rotem & Blatt, 2005; van Ijzendoorn, 1995; Blatt & Shichman, 1983). Quando estas perturbações são mais intensas, persistentes e disruptivas do que a capacidade da criança para lidar com essa adversidade, há uma tendência para uma desregulação no desenvolvimento das estruturas cognitivo-afetivas e uma vulnerabilidade à patologia. De acordo com Blatt (1991, 1995) a patologia pode ser conceptualizada como um desvio no processo desenvolvimental (Blatt & Auerbach, 2001; Diamond, Blatt, Stayner & Kaslow, 1991) associando-se a perturbações nos esquemas cognitivo-afetivos, ao nível estrutural e de conteúdo (Blatt & Auerbach, 2001; Blatt, 1974, 1991, 1995, 2004).

As necessidades básicas, quando frustradas levam à perda de controlo, à raiva, à vergonha e à dor psicológica, estando estes sentimentos também ligados a falhas na construção de representações internas de cuidado (Shneidman, 1998, 1999). Na verdade, de acordo com Blatt (2008) o desenvolvimento saudável da personalidade envolve a maturação de duas linhas de desenvolvimento: a individuação e o relacionamento. O desenvolvimento de uma personalidade organizada e madura implica, uma progressão sinérgica entre estas duas linhas. Uma maior capacidade de individuação potencia o desenvolvimento de estruturas e processos psicológicos capazes de estabelecer e manter relações interpessoais mais saudáveis; e estes processos psicológicos e essas relações de maior qualidade, por sua vez, potenciam níveis superiores de individuação e definição do *self* (Blatt, 2008).

A dor psicológica enquanto variável de risco, nomeadamente para comportamentos de risco, como são os comportamentos suicidários, tem a sua origem em necessidades psicológicas frustradas que decorrem em parte de uma matriz relacional perturbada (Shneidman, 1998, 1999). Poderá de aqui decorrer que, se representações objetais disfuncionais podem ser um fator distal para a psicopatologia e a disfuncionalidade, então também possam explicar a vulnerabilidade à dor psicológica, enquanto variável de risco. É que esta última está teoricamente ligada, pelo menos na perspetiva de Shneidman, à frustração de necessidades psicológicas básicas.

No presente trabalho, pretendeu-se dar um contributo para uma melhor compreensão da dor psicológica enquanto variável interna relacionando-a com as representações objetais. De acordo com os modelos psicodinâmicos da psicopatologia as representações objetais disfuncionais ligam-se ao mal-estar, ao sofrimento psicológico e à psicopatologia (e.g. Klein, 1935; Fairbairn, 1952; Winnicott, 1945).

Mais especificamente, o objetivo deste estudo é avaliar a relação entre dor psicológica e representações objetais, estas últimas avaliadas através de dois tipos de instrumentos: um de auto-relato, o EMBU (*Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour*, versão original de Perris, Jacobsson, Lindstrom, von Knorring. e Perris, 1980; Versão Portuguesa de Canavarro, 1996,1999) e um instrumento indirecto de resposta aberto, o ORI (*Object Relations Inventory*, versão original de Blatt, S. J., Chevron, E. S., Quinlan, D. M., Schaffer, C. E. e Wein, S., 1988), codificando descrições livres das figuras parentais com a *Differentiation-Relatedness Scale* (Escala de Diferenciação-Relação; versão original de Diamond D., Blatt S. J., Stayner D. A., Kaslow N., Auerbach J., Luyten P. e Lowyck B., 2015). O facto do ORI ser um método indireto e aberto permite recolher informação complementar à obtida através de itens fechados sob a forma de inventário como acontece no EMBU. A dor psicológica será avaliada através da *Psychache Scale* (versão original de Holden, Mehta, Cunninhgam e McLeod, 2001;

Versão portuguesa de Campos, & Holden, 2015). Pretende-se ainda obter um primeiro conjunto de dados descritivos para os resultados na Escala DR na população portuguesa, em termos de valores médios e frequência de cada nível da escala nas descrições numa população não clínica.

Neste estudo participou uma amostra de adultos da comunidade, cujas descrições das figuras parentais e a resposta ao EMBU e à *Psychache Scale*, tinham sido previamente recolhidas num trabalho de investigação coordenado pelo orientador desta dissertação. Será estudada a relação entre seis variáveis preditoras (rejeição-paterna; rejeição-materna; sobreproteção-paterna; sobreproteção-materna, avaliadas através do EMBU; nível DR para a descrição da mãe; nível DR para a descrição do pai, avaliadas através da escala DR) e a variável dor psicológica, enquanto variável dependente ou critério. O EMBU avaliará sobretudo o conteúdo consciente das representações através das memórias dos indivíduos das práticas parentais, enquanto o ORI avaliará o nível maturativo das representações, ao ser codificado o nível DR nas descrições.

Coloca-se como hipótese geral que existe uma relação entre dor psicológica e representações objetivas mais imaturas e com conteúdos mais rejeitantes e sobreprotetores. Colocam-se também as seguintes hipóteses específicas: a) existe uma relação positiva da rejeição materna e paterna e da sobreproteção materna e paterna com a dor psicológica, b) existe uma relação negativa dos níveis DR relativo às descrições da figura materna e da figura paterna com a dor psicológica, ou seja, níveis maturativos mais elevados na escala implicam menos dor psicológica.

## Capítulo 4 – Metodologia

### 4.1 – Participantes e Procedimentos

Para esta investigação utilizaram-se dados previamente recolhidos<sup>1</sup>. Tinham sido contactados 270 sujeitos dos quais 242 aceitaram participar no estudo. Foram excluídos 18 protocolos por erros de preenchimento, estilos de resposta inválidos ou excessivo número de itens omissos, perfazendo um total de 224 participantes. Posteriormente e para a realização deste estudo foram ainda excluídos 60 participantes.

Um sujeito foi excluído porque não forneceu a descrição para a figura materna, nove sujeitos foram excluídos porque não forneceram a descrição da figura paterna, doze sujeitos foram excluídos porque não forneceram a sua descrição, doze sujeitos foram excluídos porque não forneceram ambas as descrições, seis sujeitos foram excluídos porque forneceram uma descrição inválida da figura paterna (por exemplo, uma descrição demasiado curta para ser codificada), dois sujeitos foram excluídos porque forneceram uma descrição inválida da figura materna e dezoito sujeitos foram excluídos porque forneceram uma descrição inválida da figura materna e da figura paterna. Note-se que no presente estudo não foram consideradas as descrições do *self*, apenas das figuras parentais. Um terço dos protocolos foram cotados por duas mestrandas (Ana Fragata e Cristina Baleizão) e por isso mesmo houve uma afinação dos critérios de codificação com o orientador, antes de iniciar o processo de codificação.

A amostra final ficou constituída por 164 sujeitos, com idades que variam entre os 18 e os 65 anos ( $M=41,44$ ;  $DP=11,825$ ) (veja-se Tabela 1).

Os participantes são membros da comunidade e foram convidados a participar numa investigação preenchendo um protocolo de investigação mais vasto onde estavam incluídos diversos instrumentos de medida, entre os quais o EMBU, a *Psychache Scale* e se pedia a descrição das figuras paterna e materna. Os sujeitos preencheram um Termo de Consentimento Informado, onde estavam descritas as condições de participação e a garantia da confidencialidade das respostas. A aplicação dos questionários foi individual e realizada em hora e local livre de distrações e previamente combinado. Foi explicado verbalmente e de forma sucinta aos participantes, os objetivos gerais da investigação. Os questionários foram apresentados dentro de um envelope aberto, que os participantes selaram após o seu preenchimento, de modo a garantir a confidencialidade dos dados.

---

<sup>1</sup> Os dados utilizados nesta dissertação foram previamente recolhidos no âmbito de um projeto de investigação coordenado pelo orientador desta dissertação. Note-se que a mestranda participou também na recolha de outros dados para um outro projeto de investigação coordenado pelo orientador e que permitiu a realização de outra dissertação de mestrado – realizou três aplicações em grupo, tendo recolhido cerca de 160 protocolos.

O projeto de investigação onde esta recolha de dados se insere, foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Tabela 1. Variáveis Sócio-demográficas e clínicas da amostra

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (SD)</i>
Idade				41,44 (11,82)
Educação				13,08 (3,195)
Género	<i>Masculino</i>	67	59,1	
	<i>Feminino</i>	97	40,9	
Estado Civil	<i>Casado, União de Facto</i>	90	54,9	
	<i>Solteiro, Viúvo, Divorciado</i>	74	45,1	
Empregado	<i>Sim</i>	19	11,7	
	<i>Não</i>	143	88,3	
	<i>Não respondeu</i>	2		

*Nota: N=164*

## 4.2 – Instrumentos de Medida

4.2.1 – **A Escala de Diferenciação e Relação** (*Differentiation Relatedness Scale* (D-R Scale) Diamond, Blatt, Stayner, Kaslow, Auerbach, Luyten & Lowyck, 1993, 1995, 2010, 2012, 2015) para o Object Relations Inventory (ORI)

Este procedimento permite aceder ao nível de diferenciação, integração e relação dos conceitos de *Self* ou de Objeto através de descrições abertas e espontâneas do *self* ou das figuras significativas, desenvolvida complementarmente ao *Object Relations Inventory* (ORI), um procedimento sistemático desenhado para obter descrições abertas do *self* e do outro (Diamond, Blatt, Stayner, Kaslow, Auerbach, Luyten & Lowyck, 2015).

Os vários níveis desenvolvimentais especificados na D-R Scale derivam primeiramente de uma integração das teorias psicanalíticas desenvolvimentais de



Mahler e colaboradores (1975), Jacobson (1964) e Kernberg (1966, 1976) com as formulações teóricas de Blatt (1995, 2006, 2008; Blatt & Shichman, 1983), Loewald (1960, 1978), Kohut (1971) e Stern (1985) nas quais o desenvolvimento psicológico é encarado como uma evolução em níveis, que implicam uma progressiva diferenciação e integração do *self* (Blatt, 1974; Behrends & Blatt, 1985; Coonerty, 1986) e uma progressiva maturidade relacional e interpessoal baseada na mutualidade e reciprocidade (Beebe & Lachmann, 2002; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Stern, 1985; Urist, 1977).

A construção da escala D-R pressupõe que o desenvolvimento psicológico é uma progressão para um sentido consolidado, integrado e individualizado de auto-definição e, para modos mais evoluídos e recíprocos de relação interpessoal, caracterizada por uma maior sintonia, ligação e gratificação mútuas. Esta escala permite aceder a um leque de modos de funcionamento psicológico, desde níveis altamente patológicos caracterizados por uma confusão dos limites do *self*-outro, bem como uma polarização entre os aspetos positivos e negativos do *self* e do outro; para níveis altamente adaptativos de relação e auto-definição envolvendo mutualidade no desenvolvimento e interação do *self* com o outro (Diamond, Blatt, Stayner, Kaslow, Auerbach, Luyten & Lowyck, 2015). Os níveis intermédios refletem uma unidade, uma visão não modulada do *self* ou do outro enquanto uma extensão ou imagem em espelho, organizada numa idealização unitária ou denigração, ou ainda envolvendo uma divisão entre aspetos díspares do *self* e do outro em extremos polarizados.

De acordo com Blatt e Blass (1990, 1996) a diferenciação do *self* e o relacionamento são compreendidos enquanto polaridades interativas num processo desenvolvimental manifesto (Blatt & Shichman, 1983; Sander, 1983; Mitchell, 1988; Ogden, 1986). A tensão dialética e interação entre estas duas dimensões desenvolvimentais facilita o desenvolvimento de níveis cada vez mais maduros tanto da definição do *self* como da reciprocidade relacional. Num desenvolvimento psicológico óptimo, estas duas dimensões da representação do *self* e da relação com o outro tornam-se cada vez mais coesas, diferenciadas e integradas (Diamond, Blatt, Stayner, Kaslow, Auerbach, Luyten & Lowyck, 2015).

As descrições das figuras significativas ou do próprio podem ser codificadas em 10 níveis: 1) Limites do *self*-outro comprometidos; 2) Limites do *self*-outro confusos; 3) *Self*-outro em espelho; 4) Denigração ou idealização do *self*-outro; 5) Semi-diferenciação; 6) Constância ambivalente, emergente e coesa e um sentido emergente de relação; 7) Representação do *self* ou outro consolidada, diferenciada e constante em relações essencialmente unidireccionais; 8) Relação do *self* ou do outro coesa, individualizada e empática e relações bidireccionais; 9) Representações do *self* ou do

outro diferenciadas, individualizadas, estáveis em relações recíprocas; e 10) Representações refletidas, construtivas e integradas em relações mútuas e recíprocas com reconhecimento explícito e apreciação do processo intersubjetivo de construção do significado, bem como o contributo de matrizes relacionais para este processo (Diamond, Blatt, Stayner, Kaslow, Auerbach, Luyten & Lowyck, 2015).

A validade da escala foi apoiada por estudos que demonstram (a) a capacidade da D-RS para distinguir pacientes psiquiátricos de grupos de controlo, (b) a sensibilidade da escala na avaliação de mudanças clinicamente significativas na personalidade e funcionamento interpessoal como resultado de psicoterapia, e (c) a relação entre mudanças na D-R e mudanças no funcionamento interpessoal e da personalidade. Levy, Blatt e Shaver (1998) verificaram que indivíduos com uma vinculação segura têm valores significativamente mais elevados na escala D-R (M=6.37) comparados com indivíduos com uma vinculação insegura (M=5.81 para vinculação evitante e M=5.61 para vinculação ansiosa-ambivalente). Vermote et al. (2010a, 2010b) verificaram que os pacientes apresentavam um nível elevado de diferenciação-relação acedido pela escala D-R, durante o tratamento com níveis de diferenciação-relação a situarem-se entre a polarização e separação (M=4.84) para a emergência da constância do objeto pós-tratamento (M=5.44). Harpaz-Rotem e Blatt (2005) reportaram uma relação significativa entre a evolução no nível D-R em descrições de outros significativos, em adultos jovens em psicoterapia intensiva (psicodinamicamente orientada) e em internamento.

A escala DR pode ser utilizada para codificar descrições obtidas através do ORI. O ORI (Diamond, et. al., 2015) caracteriza-se por ser um instrumento aberto que pode ser aplicado de forma oral ou escrita. É uma técnica que foi desenvolvida inicialmente para gerar descrições espontâneas de modo a avaliar a relação com os outros significativos. Permite obter diversos índices.

As instruções deste procedimento são ligeiramente diferentes mediante o sujeito e são por isto, descritas separadamente e individualmente. O ORI pode ser aplicado enquanto entrevista semi-estruturada, o que tipicamente leva entre 20 a 40 minutos. O examinador pede ao participante que se descreva e que descreva outras pessoas significativas “Pode descrever a sua mãe? (o seu pai, uma pessoa importante na sua vida, os seus animais, a si próprio, o seu terapeuta)”. A primeira parte do ORI consiste numa associação livre, que é transcrita na sua totalidade. Caso a pessoa diga, “eu não sei”, o examinador deve questionar “Que tipo de pessoa é?” e assim, retirar as dúvidas ao sujeito e apelar à realidade. Em casos em que existem múltiplas figuras parentais, fica ao critério do sujeito qual a que pretende descrever (Diamond, et al., 2015). Neste estudo foi utilizado o formato de entrevista semi-estruturada, embora sem questionamento.

Nesta investigação, recorreu-se à precisão inter-cotadores, cotando-se cerca de um terço dos protocolos (N=53). Desta forma, obteve-se um grau de concordância, através do coeficiente de correlação de *Pearson* para a DR mãe de .93 e para a DR pai de .98. Procedeu-se à técnica de análise estatística do *Kappa* de Cohen – (Weiss & Shanteau, 2004) que foi de DR mãe,  $K=.85$  e DR pai,  $K=.92$ . Estes valores indicam que houve um acordo quase perfeito inter-cotadores, sabendo-se que, os valores  $\leq 0$  indicam desacordo e 0.01-0.20 nenhum a ligeiro, 0.21-0.40 justo, 0.41-0.60 moderado, 0.61-0.80 substancial e 0.81-1.00 acordo praticamente perfeito (McHugh, 2012).

#### 4.2.2 – **Psychache Scale** (Holden, Mehta, Cunningham & McLeod, 2001; versão portuguesa de Campos & Holden, 2015)

É um questionário constituído por 13 itens que foi especificamente desenvolvido para avaliar o construto de dor psicológica proposto por Shneidman (1993). As respostas são dadas numa escala de *likert* de 5 pontos (de 1 a 5), refletindo os valores mais elevados da escala, níveis mais altos de dor psicológica. O valor total da escala varia entre 13 e 65 pontos.

Os nove primeiros itens são respondidos tendo por base a frequência da dor psicológica, variando entre “nunca” (1) e “sempre” (5). São exemplos de itens: “Parece-me que dói por dentro”; “A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física”; “Dói-me porque me sinto vazio”. Os quatro últimos itens refletem a intensidade da dor psicológica, e são respondidos numa escala de concordância que varia de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5). São exemplos de itens: “Não consigo aguentar mais a minha dor”; “A minha dor está a desfazer-me” ou “A minha dor psicológica afeta tudo o que faço”.

Esta escala foi aplicada a indivíduos de diferentes populações, incluindo indivíduos com depressão, indivíduos da comunidade, prisioneiros, estudantes universitários em risco de suicídio e ainda a sem-abrigo (Mills et al., 2005; Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2012) concluindo-se que a dor psicológica deu um contributo significativo para a predição estatística de ideação suicida. Quando examinam a mudança ao longo do tempo, a mudança na dor psicológica é o fator que adiciona variância única e significativa para a predição de mudança na ideação suicida.

Na versão original, verificou-se que nas respostas de 294 participantes (estudantes voluntários do curso de psicologia; 66% eram mulheres) aos 31 itens iniciais, obteve-se um coeficiente de .94. No final, para reduzir a escala para um set parcimonioso de itens homogéneos, cada item que apresentou uma correlação menor

de .60 foi eliminado. O resultado final determinou os 13 itens da escala com um coeficiente de confiança de .92 (Holden, Mehta, Cunningham & McLeod, 2001).

Na versão portuguesa (Campos & Holden, 2015) encontram-se boas qualidades psicométricas quanto à validade de construto e à consistência interna. No presente estudo o valor de alfa de *Cronbach* encontrado foi de .93.

#### 4.2.3 – Inventário para Aceder às Memórias de Infância Relativas às Práticas Parentais (*Egna Minnen av Barndoms Uppfostran*; Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour – EMBU; Paris, Jacobson, Lindstorm, von Knorring & Perris, 1980; versão portuguesa de Canavarro, 1996)

O EMBU permite avaliar as práticas educativas ocorridas na infância e na adolescência até aos dezasseis anos de idade, em relação ao pai e à mãe, separadamente (Canavarro, 1996).

Quando foi concebido, este inventário era constituído por 81 itens, que se agrupavam em 14 dimensões de práticas educativas. Posteriormente foram eliminados diversos itens, ficando a versão final com um total de 23 itens, a serem respondidos numa escala de *likert* de 4 pontos, que varia entre “Não, nunca” e “Sim, a maior parte do tempo”. Os 23 itens agrupam-se em três dimensões relativas às práticas educativas: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreproteção (Canavarro, 1996). Foi esta forma final que foi validada para a população portuguesa (Canavarro (1996, 1999).

A dimensão Suporte Emocional é definida através de “comportamentos dos pais perante o filho que o fazem sentir confortável e lhe confirmam a ideia de que é aprovado e amado como pessoa pelos seus progenitores” (Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça cit. in Alegre, 2011, p. 52). Como exemplo de um dos itens refira-se: “Os meus pais contribuíram para que a minha adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida”.

A dimensão Rejeição diz respeito aos “comportamentos dos pais que visam modificar a vontade dos filhos e que são sentidos por estes como uma rejeição de si próprio como indivíduo” (Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça cit. in Alegre, 2011, p. 52). Apresenta-se como exemplo de um item “Os meus pais criticavam-se à frente dos outros”. Nesta dimensão há uma particularidade relativamente ao somatório dos itens: para o pai retira-se o item 21, somando-se apenas 8 itens (Rodrigues et al., 2004).

Já a dimensão Sobreproteção é definida como “controlo comportamental, caracterizado por comportamentos de intrusão, contexto excessivo e infantilização e que visa impedir comportamentos de independência nos filhos” (Pereira, Canavarro,

Cardoso & Mendonça cit. in Alegre, 2011, p. 52). A título de exemplo, um dos itens é “Desejava que os meus pais se preocupassem com o que eu fazia”.

Para avaliar as memórias que os adultos possuem em relação às práticas educativas que foram alvo na infância e adolescência, o EMBU é o inventário referido na literatura como o mais fidedigno, tendo as suas qualidades psicométricas sido testadas em vários estudos em diferentes países (Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça, 2002). Em Portugal, os estudos psicométricos realizados pela autora, apresentam igualmente bons índices de fiabilidade e validade (Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça, 2002).

Nesta investigação foram utilizadas apenas as escalas de sobreproteção e rejeição do pai e da mãe.

A dimensão sobreproteção-pai corresponde a sete itens (itens 8, 11, 18, 17<sup>2</sup>, 20, 3 e 5) enquanto a dimensão rejeição-pai corresponde a oito itens (itens 7, 13, 1, 16, 15, 4, 10 e 22).

A dimensão sobreproteção-mãe corresponde a sete itens (itens 11, 8, 17<sup>3</sup>, 18, 3, 5 e 20) enquanto a dimensão rejeição-mãe corresponde a nove itens (itens 21, 13, 16, 7, 4, 1, 15, 10 e 22).

O valor de alfa de *Cronbach* encontrado para a dimensão sobreproteção-pai foi de .68. O valor médio para o total da escala foi de 1,85 e *DP*=.69 com valores entre .47 e 1,00. O valor de alfa de *Cronbach* encontrado para a dimensão rejeição-pai foi de .73.

Para a mãe verificou-se que o valor de alfa de *Cronbach* encontrado para a dimensão sobreproteção-mãe foi de .68. O valor médio para o total da escala foi de 1,99 e *DP*=.77 com valores entre .59 e 1,01. O valor de alfa de *Cronbach* encontrado para a dimensão rejeição-mãe foi de .73.

#### 4.3 – Metodologia de análise de dados

Para a análise dos dados recorreu-se ao *software* de análise estatística *IBM SPSS Statistics* (versão 21).

Primeiramente obtiveram-se os valores médios para os níveis de escala DR da mãe e do índice DR do pai e a frequência e percentagem de participantes cujas descrições foram codificadas em cada um dos níveis destas escalas. Este conjunto de dados permitiu obter uma primeira referência sobre a magnitude dos valores que se obtêm na população portuguesa para este índice do ORI.

---

<sup>2</sup> O item 17 na dimensão sobreproteção-pai é cotado de forma invertida.

<sup>3</sup> O item 17 na dimensão sobreproteção-mãe é cotado de forma invertida.

No sentido de se estudar a relação entre representações parentais avaliadas através de dois tipos de medidas psicológicas, de auto-relato e indiretas e a dor psicológica, utilizaram-se dois procedimentos de análise exploratórios e um procedimento de análise confirmatório. Em primeiro lugar, calcularam-se as correlações entre as escalas de rejeição do pai, rejeição da mãe, sobreproteção do pai, sobreproteção da mãe, nível DR do pai e nível DR da mãe e a variável dor psicológica.

De seguida, realizou-se uma análise de regressão múltipla. Dada a natureza exploratória do estudo, optou-se pelo método *forward* (Field, 2005), para selecionar as variáveis independentes para um modelo de regressão em que a variável dor psicológica foi introduzida como variável dependente, permitindo que o *software SPSS* definisse qual o melhor modelo, seleccionando o melhor conjunto de preditores da *pool* inicial de seis variáveis. No primeiro passo, o método *forward* introduz a variável independente com a correlação mais elevada com a variável dependente. As variáveis seguintes que são introduzidas, cada uma num diferente passo, são as que apresentam correlação mais elevada com a variável dependente, controlando a variância comum com as variáveis independentes anteriormente introduzidas. O objetivo é encontrar o *set* de variáveis que melhor prevê a variável dependente e eliminar as variáveis que não proporcionam nenhum contributo significativo para a previsão da variável dependente.

Avaliou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* juntamente com os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de tolerância indicaram a ausência de excessiva multicolinearidade. Após a obtenção do modelo final de regressão e, para evitar problemas de não normalidade e homocedasticidade dos resíduos, recorreu-se à metodologia de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para obter intervalos de confiança para os parâmetros estimados (e. g., Yung & Bentler, 1996). Para obter os intervalos de confiança, considerou-se o conjunto de preditores final no método *standard*.

Recorreu-se à Modelação de Equações Estruturais através do programa *AMOS 21* para confirmar a robustez do modelo obtido anteriormente. Especificou-se uma variável latente, *representação*, com tantos indicadores como aqueles que foram significativos de acordo com as análises exploratórias. Introduziu-se a variável dor psicológica como variável dependente observada. Recorreu-se uma vez mais à metodologia de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para obter intervalos de confiança e para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados. A modelação de equações estruturais permite a consideração de variáveis latentes e, permite igualmente, gerar índices de ajustamento para avaliar a adequação do modelo teórico proposto aos dados obtidos.

Permite ainda que as associações entre variáveis sejam analisadas enquanto se avaliam os erros de medida nas variáveis dependentes e independentes. Utilizaram-se como índices de ajustamento o rácio entre o Qui-quadrado e os graus de liberdade ( $\chi^2/df$ ), o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), o *Goodness-of-fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI). Um modelo em que  $\chi^2/df$  seja  $\leq 3$ , GFI e CFI sejam maiores do que 0.90, RMSEA se situe entre .00 e .06 com um intervalo de confiança entre .00 e .08, SRMR entre .00 e .1 é considerado aceitável (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999; Maroco, 2004).

## Capítulo 5 – Resultados

### 5.1 – Análise descritiva

Na tabela 2 encontra-se os valores das médias e dos desvios padrão dos índices DR mãe e DR pai. Comparam-se os indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino relativamente a estes dois índices, não se tendo obtido resultados significativamente diferentes entre os dois grupos.

Tabela 2. *Correlações bi-variadas entre as variáveis em estudo*

Variables	1	2	3	4	5	6	M	DP
1. Rejeição Pai	—						10.35	3.57
2. Rejeição Mãe	.68***	—					12.29	3.80
3. DR Pai	-.20**	-.03	—				5.64	1.04
4. DR Mãe	-.14	-.11	.48	—			5.69	1.04
5. Sobreproteção Pai	-.18	.19	-.05	.005	—		13.74	2.94
6. Sobreproteção Mãe	.13	.37**	.01	-.06		—	14.41	3.26
7. Dor psicológica	.29	.22	-.22**	-.08	.21**	.21**	19.56	7.84

Nota:  $n = 164$ ; \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ . (two-tailed).

Na tabela 3 encontra-se a frequência e percentagem de indivíduos em cada um dos níveis da escala DR. Verifica-se através da tabela que o maior número de respostas obtido, tanto para o pai como para a mãe, foi no nível 6 da escala DR. Como referido na metodologia, este nível consiste em “constância ambivalente, emergente e coesa e um sentido emergente de relação”. Obtiveram-se também algumas respostas para o nível 5 que remete para uma representação do *self* ou do outro com uma oscilação entre uma polarização de atributos negativos e positivos enquanto forma de estabelecer, consolidar ou estabilizar as representações.



Tabela 3. *Frequência e Percentagem de Indivíduos nos Níveis da escala DR*

	DR MÃE		DR PAI	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
4,00	28	17,1	19	11,6
5,00	32	19,5	44	26,8
6,00	72	43,9	70	42,7
7,00	27	16,5	26	15,9
8,00	5	3,0	3	1,8

## 5.2 – Análises preliminares

Na tabela 2 apresentam-se as correlações entre as variáveis em estudo. Pode verificar-se que com exceção do nível DR da mãe, as restantes variáveis se correlacionam significativamente com a variável dependente dor psicológica.

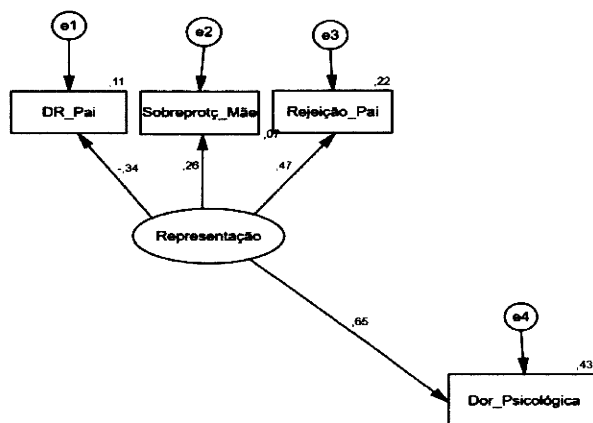
Verifica-se que o modelo final da Análise de Regressão múltipla foi obtido ao fim de três passos e um conjunto de três preditores, explicando 14% da variância da variável dor psicológica. Verifica-se que a variável rejeição foi a primeira a ser selecionada para o modelo ( $B = .51$ , IC [0.34 -- 1.43]), a variável sobreproteção da mãe foi a segunda ( $B = .43$ , IC [0.13 -- 0.67]), e o nível DR do pai foi a terceira ( $B = -1.31$  IC [-2.66 -- -0.13]). Verifica-se que como na análise de correlação, a variável DR mãe não se relaciona com a variável dor psicológica e, adicionalmente, as variáveis rejeição da mãe e sobreproteção do pai também não se relacionam com a variável dependente dor psicológica.

### 5.3 – Análise confirmatória

O modelo testado através de SEM com uma variável latente exógena com três indicadores e uma variável endógena observada ajusta-se bem aos dados:  $\chi^2 / \text{graus de liberdade} [df]=1.404$ ,  $GFI=0.992$ ,  $CFI=0.972$ ,  $RMSEA=0.050$ ,  $SRMR = 0.036$ ). O modelo explica 43% da variância da dor psicológica. A variável latente *Representação* relaciona-se com a variável observada dor psicológica ( $B = 0.65$ ,  $t = 3.17$ ,  $p < .01$ ;  $SE = 0.206$ , 95% CI [0.24, 1.01],  $p < .005$ ). Verifica-se também que os parâmetros estimados para as *path* entre a variável latente e os seus três indicadores são significativos, sendo que no caso da sobreproteção da mãe, o nível de significância para o intervalo de confiança do respetivo parâmetro obtido pela metodologia *bootstrapping*, é marginalmente acima de 0.05, sendo o valor exato de  $p$  obtido de 0.051.

Apesar do número reduzido de participantes quando se considera dois grupos definidos com base no sexo, em particular o grupo de indivíduos do sexo masculino, decidiu-se testar o modelo em separado para homens e mulheres. Os resultados são idênticos aos obtidos com a amostra total, com a exceção do facto da variável sobreproteção da mãe não se apresentar relacionada com a variável latente na representação no caso dos indivíduos do sexo feminino.

Figura 1: *Representação do modelo testado através de SEM*



## Capítulo 6 – Discussão

### 6.1 – Discussão de Resultados

Os resultados obtidos mostram genericamente que existe uma relação entre representações disfuncionais e dor psicológica.

Verifica-se uma correlação significativa entre a dor psicológica e as seguintes variáveis nível DR do pai, rejeição-paterna e sobreproteção-materna, mas não com o nível DR da mãe. De acordo com os resultados obtidos na análise de regressão múltipla, verifica-se que as variáveis sobreproteção-paterna e rejeição-materna, para além do nível DR mãe, também não se relacionam com a dor psicológica.

Dado os valores normativos e os resultados obtidos no Inventário para aceder às Memórias de Infância relativas às práticas parentais, verifica-se que os jovens adultos, que responderam ao Inventário, percecionam uma elevada sobreproteção e rejeição por parte da figura paterna. Apesar de percecionarem uma elevada sobreproteção por parte da figura materna, a rejeição encontra-se em níveis muito baixos, como era esperado. Apesar da rejeição por parte do pai, a sobreproteção acaba por ser algo revelador de afetividade e de cuidado, que os sujeitos relatam. A própria rejeição assume um papel de elevada importância na vida dos sujeitos. Verifica-se também por isto, que é dado um valor e importância ao papel do pai, em relação ao papel da mãe que até então não se verificava, através da escala DR e do EMBU.

O calor parental (aceitação-rejeição) e o controlo parental (permissão-rigor) demonstraram ser as duas maiores dimensões de parentalidade em todas as sociedades humanas (Rohner & Rohner, 1981). Individualmente e em conjunto estão significativamente associadas a diversas características de personalidade e muitos comportamentos e aspetos individual e culturalmente organizados (Rohner, 1975; Rohner & Nielson, 1978; Rohner & Pettengill, 1985).

De acordo com Fairbairn, cada indivíduo molda os seus relacionamentos de acordo com os padrões de relação internalizados. A forma como se liga aos primeiros objetos, torna-se um modo preferencial de se relacionar com outras pessoas. Os novos objetos são, pelo menos em parte, escolhidos pela similaridade aos objetos satisfatórios ou insatisfatórios do passado, podendo desencadear comportamentos esperados (Mitchell & Black, 1995).

Vinculações inseguras baseadas em modelos negativos do outro e figuras de vinculação pouco credíveis, rejeitantes ou negligentes colocam o indivíduo em risco para perturbações psicológicas (Mikulincer & Shaver, 2007). Fairbairn (1980) relata que a vulnerabilidade à psicopatologia infantil se encontra principalmente, nas atitudes incorporativas e na

identificação indiferenciada do objeto. Estas características fazem com que a perda ou afastamento sejam acompanhados pelos sentimentos de aniquilação do ego, o que remete para a esquizoidia enquanto condição estruturante do sujeito.

As primeiras experiências vinculativas constituem o protótipo dos laços de amor cujo modelo fica presente em cada um de nós até à morte. Quando este amor é demasiado ferido por vivências disruptivas, de abandono, de rejeição, de indisponibilidade, existe dor física e sofrimento mental, formando-se ao nível infra verbal: o medo e o desespero (Sá, 2009). Forma-se, como refere Green (2000), uma memória do desamor que funciona durante toda a vida de modo traumático, repetitivo, remetendo o sujeito ao passado, sob a forma de não crescimento, levando à utilização de defesas muito primitivas contra a dor, sob a forma de autodestruição ou agindo os conflitos e destrutividade no exterior.

Relatórios clínicos e algumas investigações empíricas indicam que uma relação perturbada com a mãe e um sentido distorcido do *self* são centrais para o surgimento de patologia, por exemplo da anorexia nervosa (Bers, Besser, Harpaz-Rotem & Blatt, 2013). Palazzoli (1974) afirma que a anorexia nervosa surge da experiência da filha com a mãe, olhando-a como sobreprotetora e incapaz de lhe permitir ser uma pessoa independente, fazendo com que a filha se sinta ineficaz. Sours (1974) propõe que a mãe é percebida como que impondo os seus desejos à filha, dominando-a e controlando-a de modo a obter submissão e perfeccionismo, forçando-a a uma submissão passiva e criando um sentido de fusão. Coderch de Sans (2013) defende que o indivíduo pode adquirir um caráter patológico, quando no sistema complexo da díade mãe-filho esta é incapaz de dar uma resposta adequada ao mesmo ou quando falta uma figura com a qual a criança/adolescente interatue ou experiencie uma vivência intersubjetiva de confiança e amor.

Kohut (Banai, Mikulincer, & Saver, 2005; Greenberg & Mitchell, 2003; McLean, 2007; Mesquita, 2011, 2013), sobre a psicopatologia e as representações, refere que o *self* formado por sensações, pensamentos, sentimentos e atitudes em relação a si mesmo e ao mundo, desenvolve-se através de trocas interpessoais, mediando as transações entre o indivíduo e o mundo objetal. Caso estas trocas não sejam bem-sucedidas, a psicopatologia surge, o que se verifica devido a falhas empáticas crónicas e acentuadas dos pais, impedindo o desenvolvimento saudável do *self* criança (Greenberg & Mitchell, 2003) e conseqüente adulto.

A condição de pai evoluiu e continua em evolução. Primeiramente os filhos eram propriedade do pai e o pai era o suporte financeiro da família. Na atualidade, os filhos procuram uma independência precoce, ditada pela sociedade, embora o pai permaneça o suporte a nível financeiro.

As teorias psicológicas e as investigações científicas afirmam e fundamentam o papel da figura paterna no desenvolvimento e no psiquismo infantil. É um pressuposto da teoria psicanalítica o papel estruturante do pai, a partir do complexo de Édipo (Malpique, 2003).

A ausência paterna tem potencial para gerar problemas no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança e causar perturbações do comportamento (Eizirik & Bergamann, 2004). A privação pode gerar angústia, uma necessidade exagerada de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão (Lebovici, 1987).

De acordo com os resultados e relativamente ao conteúdo das representações, verifica-se uma memória de experiências de rejeição por parte do pai e de sobreproteção por parte da mãe. O sentimento de rejeição tem a ver com os indivíduos que afetivamente acreditam que os seus pais não se preocupam verdadeiramente com eles, não os quiseram ou não os amaram (Rohner & Veneziano, 2001). Adultos que experienciam uma relação com os pais como rejeitante tendem a reportar uma forma específica de perturbação psicológica que inclui sete características mensuráveis (Khaleque & Rohner, 2002; Rohner, 1975, 1986; Rohner, Khaleque, & Cournoyer, in press) como: hostilidade, agressão, passividade agressividade ou problemas com o controlo da hostilidade e agressão; dependência ou independência defensiva; auto-estima e auto-adequação debilitada; resposta desadequada emocionalmente; instabilidade emocional e visão negativa do mundo (Rohner, 2004). Esta constelação de fatores pode associar-se a um grande mal-estar emocional e por isso, à dor psicológica.

Pais rejeitantes e controladores tendem a ter filhos com uma tendência depressiva enquanto adultos (Burbach & Borduin, 1986). De acordo com a teoria parental da aceitação-rejeição de Rohner (2004), indivíduos que se percebem como rejeitados pelas figuras de vinculação, é esperado que se sintam ansiosos e inseguros. Esta teoria também prediz que indivíduos que se percebem como rejeitados pelas figuras de vinculação são suscetíveis de desenvolver representações mentais distorcidas do *self* e dos seus significativos e do mundo à sua volta (Rohner, 2004).

Verifica-se que o papel da mãe se encontra sobrevalorizado, por diversos investigadores, em relação ao papel do pai, tanto em qualidade como em quantidade.

O que se revela contraditório aos resultados, principalmente no sexo feminino, de modo que há uma acentuada desvalorização do papel da mãe *“Ao distanciar-se da mãe, a menina tem necessidade de se sentir amada e valorizada pelo pai, não apenas como objeto libidinal, mas no reconhecimento de que o pai a aprecia na sua diferença sexual e realça os seus dotes femininos”*. (Malpique, 2003, p. 49). Green (1967) ressaltou a importância do papel do pai na construção do narcisismo primário.

Após testar o modelo em separado para homens e mulheres, verificou-se que os resultados são idênticos aos obtidos com a amostra total, porém no caso dos indivíduos do sexo feminino, a variável sobreproteção da mãe não está relacionada com a variável latente a representação.

A relação com a mãe revela-se não significativa, o que é verificado pelo valor apresentado na relação entre a DR mãe e a dor psicológica.

Verifica-se, mediante os resultados, que um pai rejeitante e eventualmente imaturo e uma mãe muito controladora pode ser uma constelação representacional geradora de sofrimento e dor psicológica. A combinação entre imaturidade e um pai distante, ausente e abandonante parece ser um fator que se relaciona com a dor psicológica. No que diz respeito à associação entre rejeição paternal e propensão à depressão, Parker (1983) reportou uma forte associação para os filhos e Lefkowitz e Tesiny (1984) para as filhas. Parker (1983) também verificou que pais intrusivos e controladores estão fortemente associados com a propensão à depressão no filho (a) do mesmo sexo. Um pai rejeitante, dominante e sádico está mais implicado na etiologia da esquizofrenia, do que a mãe (Lidz, Parker & Cornelison, 1956).

Parece-me pertinente questionarmo-nos sobre o que é a dor psicológica e sobre o que são as representações disfuncionais. No fundo, acredito que são formas diferentes de descrever a carência e a necessidade do indivíduo em relação aos objetos. No limite, é a frustração associada à carência que se verifica na dor psicológica, e é o mesmo que parece estar associado às representações objetais disfuncionais. Por um lado, devido à rejeição do pai e por outro devido à proteção excessiva pela mãe. Assim, parece-me natural que a dor psicológica se relacione com as representações disfuncionais. Vejamos por outro prisma, se a base das representações for a rejeição e a proteção excessiva é provável que surja dor psicológica em determinadas estruturas da personalidade mais vulneráveis.

A resiliência de alguns indivíduos poderá prepará-los e poderá não os “condenar” à dor psicológica e à patologia. Pois por muita necessidade que sintam por parte dos objetos, o que numa relação com estes objetos poderia ser identificado como dor psicológica, há de facto indivíduos que não se reveem numa situação de necessidade por parte dos objetos e que não identificam a dor psicológica como algo constante ou que porventura sentiram.

## 6.2 – Limitações e Estudos Futuros

A cotação foi feita por duas mestrandas com falta de experiência na codificação, o que por si apresenta-se como limitação. Eventualmente, este facto pode explicar a não relação entre a DR-mãe e a dor psicológica. O papel secundário da figura materna, nesta investigação, pode dever-se, pelo referido anteriormente, a problemas de precisão de uma das medidas nomeadamente da escala DR-mãe onde o  $K$  é mais baixo. Como limitação verifica-se ainda que da totalidade dos protocolos ( $N=164$ ) apenas um terço foi cotado por duas cotadoras.

O atrito do estudo apresenta-se também como uma limitação, pois apesar de ter um total considerável de protocolos recolhidos, apenas 164 reuniam as condições necessárias e eram por isso válidos, para amostra.

Outra limitação foi o número reduzido de participantes do género masculino. Uma terceira limitação tem a ver com o facto de ter sido utilizada uma amostra não clínica onde os níveis de dor psicológica são provavelmente baixos. Refira-se ainda o facto de a dor psicológica ter sido avaliada através de um questionário e a versão do ORI utilizada não ser a de entrevista, mas a de “papel e lápis”.

Estudos futuros deverão utilizar amostras de indivíduos com psicopatologia e deverão recorrer a um grupo de controlo onde hipoteticamente não há presença de psicopatologia, de forma a compará-los.

## CONCLUSÃO

Embora a dor psicológica se relacione com as representações de ambos os pais, tendo por base os resultados deste estudo, as representações do pai apresentam um destaque particular. Sabemos na atualidade, que o papel do pai é fulcral para o desenvolvimento do psiquismo humano e para a construção do jovem adulto.

Os resultados do presente estudo vêm reforçar a necessidades de considerar o papel do pai e a sua importância na idade adulta e para a construção das representações pelo sujeito. O papel do pai deve ser considerado desde o primeiro momento e intensificada ao longo do crescimento. Considerando que o desenvolvimento da criança será crucial e que a estrutura do pai será também estruturante para a personalidade do futuro adulto.

No futuro, o sujeito pode ou não, ir ao encontro do que é esperado mediante os objetos e as representações que teve no passado.

Daniel Stern (2006) afirma que o momento presente é o resultado das experiências que nos cativam mais, pois estas sim permitem ao sujeito uma espécie de catarse dadas as suas representações de objeto. O primeiro passo para compreender a experiência é explorar e compreender o momento presente. A partir daqui, torna-se possível explorar a capacidade do indivíduo para se adaptar e para responder ao que lhe é pedido por quem o rodeia, perante as exigências e necessidades que cada sujeito transporta (Stern, 2006).

Este estudo revela-se importante ao nível clínico, por sugerir que se dê mais importância ao papel do pai na disfuncionalidade e no sofrimento psíquico. Assim, será possível ter em conta as implicações que o papel dos cuidadores, suscita para a construção do indivíduo.

Este estudo realça a necessidade de, ao nível da investigação, se procurar saber um pouco mais sobre o papel da mãe e sobre a representação que os sujeitos lhe têm associada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. S. (1983). *A sketch of a career*. In A. N. O'Connell & N. F. Russo (Eds.), *Models of achievement: Reflections of eminent women in psychology* (pp. 200-219). New York: Columbia University Press.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1969). *Some contemporary patterns in the feeding situation*. In A. Ambrose (Ed.), *Stimulation in early infancy* (pp. 133-170). London: Academic Press.
- Alegre, V. D. M. (2011). *Memórias de infância, toxicodependência e vínculos afetivos* (Doctoral dissertation, [sn]). Porto, Universidade Fernando Pessoa
- Anno, K., Shibata, M., Ninornya, T., Iwaki, H., Kawata, H., Sawamoto, R., Kubo, C., Kiyohara, Y., Sudo, N., & Hosoi, M. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC Psychiatry*, 15, 1-8.
- Aron, L. (1996). Symposium on the meaning and practice of intersubjectivity in psychoanalysis introduction. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 6, 591-597.
- Aron, A., & Westbay, L. (1996). Dimensions of the prototype of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 535-551.
- Auerbach, J. S., & Blatt, S. J. (2002). *The concept of mind: A developmental analysis*. In R. Lasky, Ed. *Symbolization and desymbolization: Essays in honor of Norbert Freedman* (pp. 75-117). New York: Other Press.
- Bakan, D. (1968). *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. University of Chicago Press.
- Banai, E., Mikulincer, M., & Saver, P. (2005). "Selfobject" Needs in Kohut's Self Psychology. *Psychoanalytic Psychology*, 224-260.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychology Review*, 97, 90 - 113.
- Baumeister, R., & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

- Beebe, B., & Lachmann F. M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 127–165.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. New York: The analytic Press.
- Behrends, R. S., & Blatt, S. J. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 11-39.
- Bell, M., Lysaker, P., & Milstein, R. (1992). Object relations deficits for the diagnosis of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 433-444.
- Bernardo, F., & Vasco, A. B. (2015). Desenvolvimento da Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas de Proximidade e Autonomia: Relação com o bem-estar e mal-estar psicológicos. *Análise Psicológica*, 1, 3-17
- Bers S. A., Besser A., Harpaz-Rotem I., & Blatt S. J. (2013). An empirical exploration of the dynamics of anorexia nervosa: Representations of self, mother, and father. *Psychoanalytic Psychology*, 30, 188–209.
- Besser, A., & Priel, B. (2007). Perceived Social Support, Malevolent Maternal Representations, and Older Adults' Depressed Mood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 728-750.
- Bion, W. R. (1970). *Experiências com grupos: Os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Blass, R. B., & Blatt, S. J. (1996). Attachment and separateness in the experience of symbiotic relatedness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 65, 711-746.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). *Representational structures in psychopathology*. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition, and representation* (pp. 1–33). Rochester, NY: University of Rochester Press.

- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry, 26*, 494-520.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2001). Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*, 113-159.
- Blatt, S. J. & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness. A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *The Psychoanalytic Study of the Child, 45*, 107-127.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1996). *Relatedness and self-definition: A dialectic model of Personality Development*. In GG Noam, KW Fischer (Ed), *Development and Vulnerabilities in Close Relationships* (pp. 309-338). Hillsdale, New Jersey.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Behrends, R. S. (2008). *Changes in the representation of self and significant others in the treatment process: Links between representation, internalization, and mentalization*. In E. L. Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 225-263). New York: Other Press.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology, 1*, 351-374.
- Blatt, S. J., Chevron, E. S., Quinlan, D. M., Schaffer, C. E., & Wein, S. (1988). *The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations* (Revised Edition). Unpublished research manual, Yale University.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 47-91.

- Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). The Psychological Assessment of Object Representation. *Journal of Personality Assessment*, 47, 7-28.
- Blatt, S. J., Schaffer, C. E., Bers, S. A., & Quinlan, D. M. (1992). Psychometric Properties of the Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 59, 82-98.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., Wild, C. M., & Ritzler, B. A. (1975). Disturbances of object representations in schizophrenia. *Psychoanalysis & Contemporary Science*, 4, 235-288.
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E. S., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 388-397.
- Booth-LaForce, C., & Kerns, K. A. (2009). *Child-parent attachment relationships, peer relationships, and peer group functioning*. In: Rubin KH, Bukowski W, Laursen B, (Eds.). *Handbook of Peer Interactions, Peer Relationships, and Peer Group Functioning*. Guilford (pp. 490–507).
- Bornstein, M. H. (2006). *Parenting Science and Practice*. In K. A. Renninger, & I. E. Sigel (Eds.). *Handbook of Child Psychology: Vol 4. Child Psychology in Practice* (pp. 893-949). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 2: Separation. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bowlby, J. (1979). *The making & breaking of affectional bonds*. London: Tavistock/Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol III. Loss Sadness and Depression*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K. A. & Long, J. S. (Eds.) *Testing Structural Equation Models*. (pp. 136–162). Beverly Hills, CA: Sage
- Brumbaugh, C. C., & Fraley, R. C. (2006). Transference and Attachment: How Do Attachment Patterns Get Carried Forward From One Relationship to the Next? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 552-560.
- Burbach, D. J., & Borduin, C. M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 133-153.
- Calabrese, M. L., Farber, B. A., & Westen, D. (2005). The relationship of adult attachment constructs to object relational patterns of representing self and others. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 33, 513-530.
- Campos, R., & Holden, R., (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 994-1003.
- Campos, R., Holden, R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A., Costa, F., Abreu M., & Fresca, N. (2016). Self-Report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death Studies*, 40, 335-349.
- Canavarro, M. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora
- Coderch, J. (2011). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Colección Pensamiento Relacional
- Coderch, J. (2013). Los traumatismos emocionales en la infancia y adolescência y la necesidad de amor. *Clínica e Investigación Relacional*, 7, 338-347.
- Coonerty, S. (1986). An exploration of separation-individuation themes in borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 50, 501-511.

- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- DeFrain, J., Jones, J. E., Skogrand L. & DeFrain, N. (2003). Surviving and transcending a traumatic childhood. An exploratory study. *Journal Marriage & Family Review*, 35, 117-146.
- DeLisle, M., & Holden, R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42, 46–63.
- Diamond, D., Blatt, S. J., Stayner, D., & Kaslow, N. (1991). *Selfother differentiation of object representations*. Unpublished research manual. New Haven: Yale University.
- Diamond D., & Blatt S. J. (2007). *Introduction*. In Diamon D., Blatt S. J., Lichtenberg J. D. (Eds.), *Attachment and sexuality* (pp. 1-26). New York, NY: Erlbaum.
- Diamond D., Blatt S. J., Stayner D. A., Kaslow N., Auerbach J., Luyten P., & Lowyck B., (2015). *Manual for the Differentiation-Relatedness Scale*. Yale University.
- Diguer, L., Pelletier, S., Hébert, E., Descôteaus, J., Rousseau, J. P., & Daoust, J. P. (2004). Personality organizations, psychiatric severity, and self and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 259-275.
- Dor, J. (1989). *O pai e sua função em psicanálise*. Paris: Pont Hors Ligne.
- Duck, S. (1988). *Relating to others*. Chicago: Dorsey Press.
- Duck, S. (1991). *Understanding relationships*. New York: Guilford Press.
- Eizirik, M., & Bergmann, D. S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Journal of Psychiatry of Rio Grande*, 26, 330-336.
- Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 313-326). New York: Guilford.
- Fairbairn, W. R. (1952). *Psychological studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fals-Stewart, M., Birchler, G. R, & Kelley, M. L (2006). *Learning sobriety together. A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy*

- with alcoholic female patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74,* 579-591.
- Fairbairn, W. R. D. (1954). *An object-relations theory of the personality*. Oxford, England: Basic Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1980). As estruturas endopsíquicas consideradas em termos de relações de objeto. *Estudos psicanalíticos da personalidade*. 65-107.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics with the SPSS*. London, UK: Sage.
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54,* 51-61.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Matton, G., & Target, M. (1995). *Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development*.
- Frankl V. E. (1963) *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Washington Square Press, New York.
- Freud, S. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887/1904* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. The Guilford Press. New York. London
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objeto*. Climepsi Editores.
- Goodwin, J. C. (2005). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix.
- Green, A. (2000). *Sources, poussées, buts, objets de la violence in L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris: Ed. Bayard.
- Green, A. (2016). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Minuit.
- Greenberg, L., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology, 57,* 197-211

- Greenberg, J., & Mitchell, S. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Handelzalts, J., Fisher, S., & Naot, R. (2014). Object relations and real life relationships: A cross method assessment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 160–167.
- Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, E. A., Venarde, D. F., & Mann, J. J. (2004). Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 66-76.
- Harpaz-Rotem I., & Blatt, S. J. (2005). Changes in representations of a self–designated significant other in long–term intensive inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68, 266-282.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Holden, R., Mehta, K., Cunningham, E., & McLeod, L. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 224–232.
- Holm, A. L., Bégat, L., & Severinsson, E. (2009) Emotional pain: surviving mental health problems related to childhood experiences. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 16, 636-645.
- Hu & Bentler (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Coventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling*, 6, 155.
- Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press.
- Kaslow, F. W., & Magnavita, J. J. (2002). Comprehensive Handbook of Psychotherapy. (Vol1): Psychodynamic/Object Relations.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., & Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 533-540.



- Keefer, K., Holden, R., & Gillis, K. (2009). The mediational role of psychache in the relationship between alexithymia and suicidal ideation. *Comunicação apresentada na Canadian Psychological Association Annual Convention, Montreal, Canada.*
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1966). Structural derivatives of object relationships. *International Journal of Psychoanalysis, 47*, 236-253.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1977). Boundaries and structure in love relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 25*, 81-114.
- Kernberg, O. F. (2004). *Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy*. In: J. J. Magnavita (Ed.), *Handbook of Personality Disorders. Theory and Practice* (pp. 92-119). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kernberg, O. F. (2015). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis, 24*, 38-46.
- Kernhof, K., Kaufhold, J., & Grabhorn, R. (2008). Object relations and interpersonal problems in sexually abused female patients: an empirical study with the SCORS and the IIP. *Journal of Personality Assessment, 90*, 44-51.
- Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002). Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Marriage and Family, 64*, 54-64.
- Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry, 31*, 447.
- Klein, M. (1935). A Contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psycho-Analysis, 16*, 145.
- Klein, M. (1952). The Mutual Influences in the Development of Ego and Id. *The Psychoanalytic Study of the Child, 7*, 51-68.

- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed.
- Leenaars, A. (1991). Suicide notes and their implication for intervention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 12, 1–20.
- Leenaars, A. (2010). Lives and deaths: biographical notes on selections from the works of Edwin S. Shneidman. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 476–491.
- Lefkowitz, M. M., & Tesiny, E. P. (1984). Rejection and depression: prospective and contemporaneous analyses. *Developmental Psychology*, 20, 776.
- Leon, J., Baca-Garcia, E., & Blasco-Fontecilla, H. (2015). From the serotonin model of suicide to a mental pain model of suicide. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 323–329.
- Levi-Belz, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation.” *Journal of Affective Disorders*, 111, 244–250.
- Levi-Belz Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., Stein-Reisner, O., Weiser, M., David, H. S., & Apter, A. (2014). Mental pain, communication difficulties, and medically serious suicide attempts: A case-control study, *Archives of Suicide Research*, 18, 74–87.
- Levy, K. N., Blatt, S. J., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and parental representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 407–419.
- Lichtenberg, J. D. (1983). *Psychoanalysis and infant research*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Lidz, T., Parker, B., & Cornelison, A. (1956). The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient. *American Journal of Psychiatry*, 113, 126–132.
- Lieb., K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Loeser, D. (2000). Pain and suffering. *Clinical Journal Pain*, 6, 2–6.
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 16–33.

- Loewald, H. (1962). Superego and time. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 264.
- Loewald, H. (1970). Psychoanalytic Theory and the psychoanalytic process. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 45-68.
- Loewald, H. (1978). Instinct theory, object relations and psychic structure formation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 26, 493-506.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27, 320-336.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the infant*. New York: Basic Books.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66- 106.
- Malpique, (2003). *O fantástico mundo de Alice: Estudos sobre a puberdade feminina*. Lisboa: Climepsi.
- Maroco, J. P. (2004). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia medica*, 22, 276-282.
- McLean, J. (2007). Psychotherapy with a narcissistic patient using Kohut's self psychology model. *Psychiatry*, 40-47.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.
- Meerwijk, E. (2012). We need to talk about psychological pain. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 263–265.
- Meerwijk, E., & Weiss, S. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 402-412.

- Meerwijk, E., & Weiss, S. (2014). Toward a unifying definition: Response to the concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 8, 62-63.
- Meissner, W. W. (1979). Internalization and object relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 345.
- Mesquita, I. (2011). Na senda do narcisismo: Do amor do objecto ao objecto de amor, pensando Kohut. (Texto não publicado)
- Mesquita, I. (2013). *Disfarces de Amor - Relacionamentos amorosos e vulnerabilidade narcísica*. Lisboa: Climepsi.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance*. *Psychological Inquiry*, 18, 139-156.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Miller, J. G. (1984). Culture and the development of everyday social explanation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 961-978.
- Mills, J., Green, K., & Reddon, J. (2005). An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 570-580.
- Miranda, B., & Louzã, M. R. (2015). The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Comprehensive psychiatry*, 63, 22-29.
- Mitchell, S. A. (1981). The origin and nature of the "object" in the theories of Klein and Fairbairn. *Contemporary Psychoanalysis*, 17, 374-398.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An Integration*. Harvard University Press
- Mitchell, S. A. (2000). Response to Silverman (2000). *Psychoanalytic Psychology*, 17, 153-159.
- Mitchell, S. A., & Black, M. (1995). *Freud and Beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books
- Monson, C. M., Price, J. L., Rodriguez, B. F., Ripley, M. P., & Warner, R. A. (2004). Emotional deficits in military-related PTSD: An investigation of content and process disturbances. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 275-279.

- Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24, 47-59.
- Murray, H. (2008). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press. (Texto original publicado em 1938).
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A. Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 944-951.
- Newirth, J. (2016). When relatedness is damaged or undeveloped: A new consideration of the link between relational psychoanalysis and object relations theory. *Psychoanalytic Dialogues*, 26, 713-721.
- Ogden, T. (1986). *The matrix of the mind*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Orbach, I. (2010). The pain that kills. In M. Pompilli (Ed.), *Suicide in the Words of Suicidologists* (pp. 163-166). NY: Nova Science Publishers, Inc
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003b). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33, 231-241.
- Orbach I., Mikulincer M., Sirota P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003a). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatening Behavior*, 33, 219-230.
- Palazzoli, M. S. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Chaucer.
- Parker, G. (1983). Parental affectionless control as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Patterson, A., & Holden, R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 147-156.
- Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. V. (2002). Cenários familiares da gravidez na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 17-18, 135-144.

- Perris, C., Jacobsson, L., Linndström, H., Knorrning, L. V., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *61*, 265-274.
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1975). *A formação do símbolo na criança: Imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Trabalho original publicado em 1945).
- Pompili, M., Innamorati, M., Raja, M., Falcone, I., Ducci, G., Angeletti, G., Lester, D., Girardi, P., Tatarelli, R., & De Pisa, E. (2008). Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *4*, 247-255.
- Prout, T. A, Cecero, J., & Dragatsi, D. (2012). Parental object representations, attachment to God, and recovery among individuals with psychosis. *Mental Health, Religion & Culture*, *15*, 449-446.
- Quinlan, D. M., Blatt, S. J., Chevron, E. S., & Wein, S.J. (1992). The analysis of descriptions of parents: Identification of a more differentiated factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *59*, 340-351.
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *18*, 264-272
- Renee, G., & Styron, T. (2012). Perceived Quality of Early Paternal Relationships and Mental Health in Adulthood. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *200*, 791-795.
- Riggs, A. S., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 195-204.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, *643-665*.
- Rohner, R. P. (1975). *They love me, they love me not: A worldwide study of the effects of parental acceptance and rejection*. [New Haven]: HRAF Press.

- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Sage Publications, Inc.
- Rohner, R. P. (1994). Patterns of parenting: The warmth dimension in worldwide perspective. W. J. Lonner & R. S. Malpass (eds.), *Readings in psychology and culture*, 113-120. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Rohner, R. P. (1999). Acceptance and rejection. D. Levinson, J. Ponzetti, & P. Jorgensen (eds.), *Encyclopedia of human emotions*, 1, 6-14.
- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. *American psychologist*, 59, 830.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2004). Cross-national perspectives on parental acceptance-rejection theory. *Marriage & family review*, 35, 85-105.
- Rohner, R. P., & Nielsen, C. C. (1978). *Parental acceptance and rejection: A review and annotated bibliography of research and theory*. New Haven, CT: HRAF Press.
- Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1981). Parental Acceptance-Rejection and Parental Control: Cross-Cultural Codes. *Ethnology*, 20, 245-260.
- Rohner, R. P., & Pettengill, S. M. (1985). Perceived parental acceptance-rejection and parental control among Korean adolescents. *Child Development*, 524-528.
- Rohner, R. P., & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of general Psychology*, 5, 382-403.
- Rothschild-Yakar, L., Waniel, A., & Stein, D. (2013). Mentalizing in self vs. parent representations and working models of parents as risk and protective factors from distress and eating disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201, 510-518.
- Sá, M. T. C. (2009). Angústia precoce, rêverie materna, destinos da violência. *Interações*, 13, 338-352.
- Sandler, J. (1962). Psychology and psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 35, 91-100.
- Sander, L. (1983). Polarity, paradox and the organizing process in development. In J. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), *Frontiers of Infant Psychiatry* (pp. 315-327). New York: Basic Books.

- Sandler, J., & Rosenblatt, B. (1984). The concept of the representational world. *Psyche*, 38, 235-253.
- Schaffer, H. R. (1996). *Social Development*. Oxford: Blackwell
- Schattner, E., & Shahar, G. (2011). Role of pain personification in pain-related depression: An object relations perspective. *Psychiatry*, 74, 14-20.
- Sensky, T. (2010). Suffering. *International Journal of Integrated Care*, 10, 66–68.
- Sheldon, K., Elliot, A., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 325-339.
- Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319-328.
- Shneidman, E. S. (1985). *Common characteristics of Suicide*. In E. Shneidman (Ed.), *Definition of suicide* (pp. 121-143). New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. Vanden Bos & B. K. Bryants (Ed.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-183). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind: Final thoughts and reflections*. Oxford, UK:
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 245-250.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 287-294.
- Shneidman, E. S. (2001). *Risk factors for suicide. psychologic factors in suicide: Summary of a workshop* (pp. 16-17). Washington, D.C: National Academy of Sciences.
- Shneidman, E. S. (2004). Some thoughts about psychotherapy with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 5-6.



- Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 7-12.
- Sours, J. A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *The International journal of psycho-analysis*, 55, 567.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. (1997). Dynamic, Dyadic, Inter subjective Systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic psychology*, 14, 337-346.
- Stolorow, R. (2013). Intersubjective-Systems Theory: A phenomenological-contextualist psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 383-389.
- Surrey, J. L. (1985). *Self-in-Relation: A Theory of Women's Development*. Stone Center Colloquium.
- Sutil, R. C. (2010). Reseña de la obra de Joan Coderch: La Práctica de la Psicoterapia Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5, 188-206.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson International Edition and Allyn and Bacon.
- Timary, P., Heenen-Wolf, S. & Philippot, P. (2011). The question of “representation” in the psychoanalytical and cognitive-behavioral approaches. Some theoretical aspects and therapy considerations. *Hypothesis and Theory Article*, 71, 1-8.
- Tossani, E. (2013). The Concept of Mental Pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 67–73.
- Tossani, E. (2014). Definition versus measurement of mental pain: A reply to Meerwijk and Weiss. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 64-64.
- Troister, T., & Holden, R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman’s theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49, 689-693.
- Troister, T., & Holden, R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 1019–1027.

- Troister, T., & Holden, R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46, 50-63.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41, 3-9.
- Valente, S. M. (1994). Messages of psychiatric patients who attempted or completed suicide. *Clinical Nursing Research*, 3, 316–333.
- van Heeringen, K., van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L. & Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: neuroimaging*, 181, 141-144.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K. & Peuskens, J. (2010a). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 110-115.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten P., Verhaest, Y., Vertommen, H., Vandeneede, B., Corveleyn, J. & Peuskens, J. (2010b). Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 303-313.
- Verrochio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K. T., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108.
- Weiss, D. J., & Shanteau, J. (2004). The vice of consensus and the virtue of consistency. *Psychological investigations of competent decision making*, 226-240.
- Werbart, A., Grunbaum, C., Jonasson, B., Kempe, H., Kusz, M., Linde, S., O'Nils, K. L., Sjovall, P., Svenson, M., Theve, C., Ulin, L., & Ohlin, A. (2011). Changes in the representations of Mother and father among young adults in psychoanalytic Psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 95-116.

- Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. Oxford, England: Follett Pub. Co.
- Werner, H., & Kaplan, B. (1963). *Symbol formation*. New York.
- Williams, L. M., Kemp, A. H., Felmingham, K., Barton, M., Olivieri, G., Peduto, A., Gordon, E., & Bryant, R. (2006). Trauma modulates amygdala and media prefrontal responses to consciously attended fear. *Elsevier*, 29, 347-357.
- Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. *The International journal of psycho-analysis*, 26, 137.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London, Penguin Books.
- You, Z., Quin, P., & Zhou, Z. (2014). Effects of life satisfaction and psychache on risk for suicidal behaviour: a cross-sectional study based on data from Chinese undergraduates. *BMJ Open*, 4, 1-8.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.

## **ANEXOS**

Anexo A – Escala de Diferenciação e Relação (*Differentiation Relatedness Scale D-R Scale*)

**DESCRIÇÃO DAS FIGURAS SIGNIFICATIVAS E DE SI PRÓPRIO**

- **Descreva a sua mãe (seja o mais detalhado possível, mas não exceda o espaço disponível)**

- **Descreva o seu pai (seja o mais detalhado possível, mas não exceda o espaço disponível)**

- **Descreva-se a si próprio (seja o mais detalhado possível, mas não exceda o espaço disponível)**

## Anexo B – Escala de Dor Psicológica (*Psychache Scale*)

### **Psychache Scale** (Holden e colaboradores, 2000) versão portuguesa, Campos, 2013

**INSTRUÇÕES:** As frases seguintes referem-se à sua dor psicológica NÃO à sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências

**1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = sempre**

1. Sinto dor psicológica	1	2	3	4	5
2. Parece-me que dói por dentro	1	2	3	4	5
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	1	2	3	4	5
4. A minha dor faz-me ter vontade de gritar	1	2	3	4	5
5. A minha dor faz a minha vida parecer sombria	1	2	3	4	5
6. Não consigo compreender porque soffro	1	2	3	4	5
7. Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	1	2	3	4	5
8. Dói-me, porque me sinto vazio	1	2	3	4	5
9. A minha alma dói	1	2	3	4	5

Por favor continue, usando a escala seguinte

**1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = Indeciso(a); 4 = concordo; 5 = concordo fortemente**

10. Não consigo aguentar mais a minha dor.	1	2	3	4	5
11. Por causa da minha dor, a minha situação é impossível.	1	2	3	4	5
12. A minha dor está a desfazer-me	1	2	3	4	5
13. A minha dor psicológica afecta tudo o que faço	1	2	3	4	5

Anexo C - Inventário para aceder às Memórias de Infância relativas às práticas parentais (EMBU)

**EMBU**  
(C. Ferris, L. Jacobsson, H. Lindstrom, L. Von Knorring & H. Ferris, 1984)

Umea University (Department of Psychiatry & WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health);  
Groningen University (Department of Psychology); Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Psicologia Especial e  
Reabilitação); Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia (Departamento de Terapêutica do Comportamento).

*Memórias de Infância*

**INSTRUÇÕES:** Em seguida ser-lhe-ão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência.

É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si quando você recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil recordar como é que os nossos pais se comportavam em relação a nós, quando eramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos primeiros anos que eles utilizamos na nossa educação.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, uma X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente a Mãe, para avaliar o comportamento da sua mãe.

---

Por exemplo:

		Sim, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
Os meus pais eram amáveis comigo	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

		Sim, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
1. Os meus pais eram muito rígidos e castigavam-me sem me explicarem porquê	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os meus pais castigavam-me	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desagava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando chejava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meus pais criticam um me à frente dos outros	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Não, nunca	Não, raramente	Sim, frequentemente	Sim, e sendo parte do tempo
9. Os meus pais incentivam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Além do seu comportamento, parecendo tristes, por vezes até, os meus pais faziam-me sentir culpado por os tratar mal	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu percebo que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se as coisas me corressesem mal, eu sentia que os meus pais me tentavam confortar e encorajar.	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu era tratado(s) como a «ovelha ralhosa» ou como o «bode expiatório» da família	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu sentia que os meus pais gostavam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas.	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentia que havia ternura, entre mim e os meus pais.	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que me era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem sucedido(a) em qualquer coisa na qual eu havia empenhado	Pai Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>