

Luhan Lin

**O papel do Trauma Infantil e Empatia em Doentes *Borderline*:
Estudo numa Amostra Clínica**

**The Role of Childhood Trauma in Empathy Among Borderline
Patients: A Study in a Clinical Sample**

Luhan Lin

**O papel do Trauma Infantil e Empatia em Doentes *Borderline*:
Estudo numa Amostra Clínica**

**The Role of Childhood Trauma in Empathy Among Borderline
Patients: A Study in a Clinical Sample**

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Professora Doutora Irene Maria Palmares Dias Carvalho
e sob a Coorientação de:
Dra. Ana Sofia Machado

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
PSICOLOGIA (Revista da Associação Portuguesa de Psicologia)

Eu, Luhan Lin, abaixo assinado, nº mecanográfico 201106206, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração do meu trabalho de Dissertação ou Monografia.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 / 03 / 2024

Assinatura conforme cartão de identificação:

Lin Lin

NOME

Luhan Lin

NÚMERO DE ESTUDANTE

201106206

E-MAIL

Linluhan90@live.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ciências médicas e da saúde > Medicina clínica

TÍTULO DISSERTAÇÃO

O papel do Trauma Infantil e Empatia em Doentes Borderline: Estudo numa Amostra Clínica

ORIENTADOR

Irene Maria Palmares Dias Carvalho

COORDINADOR (se aplicável)

Ana Sofia Monteiro Machado

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA OBRA APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA OBRA (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA OBRA.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 / 03 / 2024

Assinatura conforme cartão de identificação: _____

Lin Luhan

**UC Dissertação - DECLARAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA
RELATIVAMENTE À UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS DE CHATBOT
GENERATIVO BASEADAS EM LARGE LANGUAGE MODELS**

Eu, Luhan Lin, abaixo assinado,
nº mecanográfico 201106206, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em
Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro que:

- ☐ Não procedi à utilização de ferramentas de *chatbox* generativo baseadas em *large language models* para nenhuma das tarefas no contexto do meu trabalho de Dissertação ou Monografia
- ☒ Procedi à utilização de ferramentas de *chatbox* generativo baseadas em *large language models* no contexto do meu trabalho de Dissertação ou Monografia, encontrando-se todas as interações (*prompts* e respostas) transcritas em anexo bem como a indicação das aplicações utilizadas.

Neste sentido, confirmo que a eventual utilização de ferramentas de *chatbox* generativo baseadas em *large language models* no contexto do meu trabalho de Dissertação ou Monografia foi exclusivamente descrita na sequência de *prompts* e respostas transcritos em anexo e nas aplicações indicadas.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 / 03 / 2024

Assinatura conforme cartão de identificação:

Lin Luhan

Dedicatória

À minha orientadora Professora Doutora Irene Carvalho por toda a disponibilidade, mentoria e apoio prestado ao longo da elaboração da minha dissertação.

Aos meus pais pelo amor e suporte ao longo de todo o meu percurso, tanto pessoal como académico, um verdadeiro obrigado do fundo do coração.

Ao Dr. Orlando Neves, pelo conhecimento e prontidão, e pelo exemplo pessoal e profissional a seguir na minha vida.

À Dra. Margarida Oliveira, pelo amparo e ajuda que tem me sido dado, nunca irei esquecer, ficarei eternamente grato.

Aos meus amigos Pedro Sampaio e Marta Pereira por me acompanharem e apoiarem durante todas estas etapas desafiantes.

Presto a todos restantes familiares e amigos, o meu humilde agradecimento pela companhia nos bons momentos e força revitalizante nos momentos menos bons.

O Papel do Trauma Infantil e Empatia em Doentes *Borderline*: Estudo numa Amostra Clínica

O objetivo deste trabalho foi investigar a relação entre o trauma infantil e a empatia em doentes com perturbação de personalidade *borderline* (PPB), visando compreender como diferentes experiências traumáticas na infância afetam a empatia nestas populações.

Utilizando o *Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF)* para avaliar o trauma na infância e o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) para avaliar a empatia, o estudo envolveu 74 pacientes diagnosticados com PPB no serviço de psiquiatria de um dos maiores hospitais do país.

Os resultados revelam associações significativas entre vários tipos de trauma na infância e os sintomas da PPB.

Para uma melhor compreensão da relação entre os traumas de infância e a empatia, seria importante, em trabalhos futuros, envolver mais aspetos que não foram possíveis abordar neste estudo, como condicionantes socioeconômicos e culturais. Além disso, um estudo longitudinal seria valioso para compreender melhor a evolução da amostra ao longo do tempo.

Palavras-chave: *Trauma infantil, Empatia, Perturbação de personalidade de borderline, População clínica*

The Role of Childhood Trauma in Empathy among Borderline Patients: A Study in a Clinical Sample

The aim of this study was to investigate the relationship between childhood trauma and empathy in patients with borderline personality disorder (BPD), seeking to understand how different traumatic experiences in childhood affect empathy in these populations. Using the Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF) to assess childhood trauma and the Interpersonal Reactivity Index (IRI) to assess empathy, the study involved 74 patients diagnosed with BPD in the psychiatry department of one of the largest hospitals in the country.

The results reveal significant associations between various types of childhood trauma and BPD symptoms.

For a better understanding of the relationship between childhood trauma and empathy, future work should involve more aspects that were not possible to address in this study, such as socioeconomic and cultural factors. Additionally, a longitudinal study would be valuable to better understand the evolution of the sample over time.

Keywords: *Childhood trauma, Empathy, Borderline personality disorder, Clinical population*

Lista de Abreviaturas

PPB: Perturbação da Personalidade *Borderline*

DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística da Perturbações Mentais (5.^a ed.)

CTQ-SF: *The Childhood Trauma Questionnaire - Short Form*

IRI: Índice de Reatividade Interpessoal

TI: Trauma Infantil

AS: Abuso Sexual

AE: Abuso Emocional

AF: Abuso Físico

NE: Negligência Emocional

NF: Negligência Física

DP: Desconforto Pessoal

F: Fantasia

TP: Tomada de Perspetiva

PE: Preocupação Empática

Índice

Dedicatória	i
The Role of Childhood Trauma in Empathy among Borderline Patients: A Study in a Clinical Sample	iii
Lista de Abreviaturas	iv
Índice	v
Lista de Tabelas	vi
Lista de Figuras	vii
Introdução	1
Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i> (PPB)	1
Trauma Infantil (TI)	2
Empatia	2
Relação entre TI, desenvolvimento da PPB e Empatia.	4
Material e Métodos	5
Amostra	5
Instrumentos	7
<i>Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ- SF)</i>	7
Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)	8
Análise e Tratamentos de Dados	9
Resultados	10
Resultados de Características Psicométricas	10
<i>Fiabilidade de CTQ-SF</i>	10
<i>Correlações Entre as Subescalas do CTQ-SF</i>	12
<i>Sensibilidade IRI</i>	13
Resultados de entre as Dimensões de Empatia e <i>CTQ-SF</i>	15
Discussão	20
Limitações	26
Conclusão	27
Referências	29
Anexos	33

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Média, Desvio Padrão e Consistência Interna das Subescalas do *CTQ-SF*

Tabela 2 - Correlação entre os Diferentes Subgrupos usando o Coeficiente de *Spearman*

Tabela 3 - Médias e Sensibilidade dos Subgrupos do IRI

Tabela 4 - Consistência Interna das Subescalas do IRI Português e Correlações Item-Total

Tabela 5- Trauma Infantil e Empatia por Sexo.

Tabela 6 - Médias e Desvios-Padrões de Diferentes Dimensões de Empatia e *CTQ-SF*

Tabela 7 - Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre as Dimensões de Empatia e *CTQ-SF*

Tabela 8 -Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre as Dimensões de Empatia e *CTQ-SF*
em Ambos os Sexos

Lista de Figuras

Figura.1: Distribuição de Idades da Amostra em Estudo com Média e Desvio Padrão.

Figura.2: Regressão Linear entre os Dados de AS e DP, com o Coeficiente de *Spearman*.

Introdução

Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB)

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística da Perturbações Mentais 5 (DSM-5), a perturbação de Personalidade *borderline* (PPB), é uma condição psiquiátrica de natureza complexa e incapacitante. Esta entidade clínica distingue por um padrão crónico e persistente de instabilidade emocional, interpessoal e comportamental, manifestando-se de forma recorrente e podendo induzir um impacto considerável no bem-estar e funcionalidade do indivíduo acometido(Oliveira, 2023).

A PPB é diagnosticada predominantemente (em cerca de 75% dos casos) em indivíduos do sexo feminino (Oliveira, 2023), baseando-se na presença de uma variedade de sintomas que refletem uma instabilidade generalizada em múltiplas e diferentes áreas da vida do indivíduo (Oliveira, 2023).

No âmbito das relações interpessoais, observa-se, nas pessoas com PPB, um padrão de oscilação entre idealização e desvalorização das pessoas à sua volta, tentativas de evitar a todo o custo o abandono real ou imaginado e um padrão de relacionamentos instável e intenso. Pode ocorrer uma perturbação da identidade, caracterizada por instabilidade acentuada e persistente da imagem ou da perceção de si mesmo, impulsividade em áreas potencialmente autodestrutivas (Fonagy, 1991).

A instabilidade afetiva devido à acentuada reatividade do humor é comum, sendo que o humor disfórico basal de quem tem esta perturbação é frequentemente interrompido por períodos de raiva, pânico ou desespero, raramente aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação, refletindo a extrema reatividade do indivíduo a stresses interpessoal.

Os indivíduos com esta perturbação podem ser perturbados por sentimentos crónicos de vazio, sentindo-se facilmente entediados e expressando frequentemente raiva inadequada e intensa ou tendo dificuldade em controlá-la (Oliveira, 2023).

Os afetos são impactados significativamente, com a presença de humor disfórico basal e episódios intensos de raiva, pânico ou desespero, enquanto que, no comportamento, observa-se impulsividade em áreas potencialmente prejudiciais, como jogos de azar e abuso de substâncias (Oliveira, 2023).

Trauma Infantil (TI)

No que concerne ao trauma infantil (TI), de acordo com Sethi et al. (2013), nos países da Europa, estima-se que cerca de 22,9% das crianças sofreram abuso físico (AF). O abuso sexual (AS) afetou 9,6% das crianças no mesmo ano, sendo 13,4% são meninas e 5,7% meninos. enquanto que 29,1% foram vítimas de abuso emocional (AE). Além disso, 18,4% das crianças foram negligenciadas emocionalmente (NE) e 16,3% sofreram negligência física (NF).

O TI pode ter impactos adversos significativos no desenvolvimento biopsicossocial, manifestando-se em dificuldades emocionais, cognitivas, sociais e comportamentais a posteriori (Alberto, 2014). Apesar de etiologia da PPB ainda permanecer indeterminada e complexa, vários estudos apoiam a ideia de que o TI é um fator de risco para o aparecimento de psicopatologia na fase adulta.(Porter et al., 2020; Teicher et al., 2016). É possível que se associe também o desenvolvimento de PPB, incluindo a exposição aos diferentes tipos de TI (Porter et al., 2020).

Empatia

O termo "empatia", derivado do grego "*empathia*" (*ἐμπάθεια*), refere-se à capacidade de perceber, compreender e partilhar os sentimentos e experiências de outra pessoa. É um conceito fundamental para a comunicação interpessoal e desenvolvimento social. Transcende fronteiras linguísticas e culturais, sendo expressa em diferentes línguas de maneiras que

revelam nuances e perspectivas únicas (Coelho Junior, 2004).

No idioma mandarim, a empatia é frequentemente expressa pelo termo "*Tóng Qíng Xīn*", que literalmente significa "ter o mesmo sentimento/sentir compaixão no coração". Essa tradução destaca a dimensão emocional da empatia, enfatizando a ação de se colocar no lugar do outro para compreender seus sentimentos.

A noção de *Empatheia* sempre existiu. Esta capacidade humana imaginativa de “ser o outro, estar dentro de outro, viver como outro e sentir como outro” já era apresentada pelo povo grego antigo. Todavia somente no Século XIX, o termo mais científico “*Einfühlung*” (*in-feeling* em inglês) foi introduzido no mundo científico pelo psicólogo alemão Robert Visser. (Depew, 2005; Godinho, 2015).

No ano de 1917, a filósofa católica Edith Stein desenvolveu uma teoria fundamental sobre a empatia, que posteriormente foi publicada no seu livro intitulado "Sobre o Problema da Empatia" (Stein, 1986). Contudo, na necessidade de se abrangerem mais aspectos, tanto a nível de consciência e inconsciência como cognitivo-afetivo, Martha Davis, em 1983, publicou um artigo no qual postulou que , a empatia não é mais do que uma reação às experiências percebidas de outra pessoa, que envolve tanto o reconhecimento dos sentimentos do outro a nível cognitivo quanto a consideração empática a nível afetivo (Davis, 1983).

Atualmente assume-se a empatia como um conceito multidimensional que permite uma melhor compreensão do estado interno próprio e do outro. Fatores extrínsecos incluem desde a vivência de todos os tipos de experiências e emoções até a vinculação estabelecida (Godinho, 2015).

Diversos estudos evidenciam que os indivíduos com PPB frequentemente manifestam disfunção na empatia (Fonagy, 1991), o que pode contribuir para os problemas interpessoais que caracterizam a doença. Neste estudo a noção de empatia baseia-se na concepção proposta por Davis (1983) em que consiste em explicar o funcionamento de empatia em um episódio

prototípico onde divide o processo empático em 4 passos: 1-Antecedentes (características do observador ou da situação que podem influenciar a empatia.) 2-Processos (mecanismos que produzem a resposta empática, incluindo: Não-cognitivos: imitação motora. Cognitivos simples: condicionamento clássico. Cognitivos avançados: tomada de perspectiva.) 3-Consequências intrapessoais: respostas que ocorrem no observador, como: Cognitivas: interpretações. Afetivas: preocupação empática. E. 4-Motivacionais: perdão. Consequências interpessoais: comportamentos dirigidos à pessoa observada, como: Comportamento de ajuda. É um modelo útil para entender os diferentes componentes da empatia e como eles se relacionam (Davis, 1983; Davis, 2006).

Relação entre TI, desenvolvimento da PPB e Empatia.

Diversos estudos indicam o abuso e a negligência infantil desempenham um papel importante no diagnóstico de PPB (Battle, 2004; Yen, 2002). Segundo Linehan (1993), o desenvolvimento da PPB ocorre em um contexto de desenvolvimento invalidante. As experiências negativas no meio ambiente durante o desenvolvimento de crianças, como negligência, abuso e invalidação das emoções, favorecem o aparecimento da PPB (Linehan, 1993).

Desta maneira, as crianças expostas a tais ambientes manifestam maior dificuldade em desenvolver empatia, o que as impede de compreender ou tolerar as respostas emocionais de outros indivíduos e de partilhar os sentimentos dos outros (Hughes, 2012).

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre o TI e a empatia em indivíduos com PPB. Para tal, foram analisadas as possíveis associações entre diferentes tipos de TI: AF, AP, AS, NF e NE com a empatia.

Material e Métodos

Amostra

Este estudo observacional foi realizado no serviço de psiquiatria de um dos maiores hospitais em Portugal. Entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024. A colheita de dados foi realizada através da consulta de questionários do arquivo do serviço, preenchidos pelos pacientes durante as consultas de acompanhamento, com garantia de todos os aspetos do anonimato e da confidencialidade dos dados.

Do total de 204 pacientes com diagnóstico de PPB (estabelecido de acordo com os critérios do DSM-5) seguidos no serviço de psiquiatria de um dos mais hospitais do país, foram incluídos 74 participantes neste estudo.

Os participantes em estudo tinham uma média de idade de $23,90 \pm 6,90$ anos, e 93,67% do sexo feminino (Figura 1).

Dentro dos quais, 15 indivíduos estão desempregados ($n=15$; 20,2%), 18 indivíduos estão empregados ($n=18$; 24,3%) e 41 são estudantes ($n= 41$; 55,4%) no momento de inquérito.

No que toca ao seu nível de escolaridade, 14 indivíduos inqueridos apresentam 9º ano de escolaridade completo ($n=14$; 18.9%). 44 indivíduos apresentam 12º ano de escolaridade ($n= 44$; 59,4%) e restante 16 indivíduos apresentam grau de licenciatura. ($n= 16$; 21,6%).

Constituíram critérios de inclusão os participantes serem:

(1) - O participante só é considerado válido se é cotado e diagnosticados com PPB, com base em Entrevista. Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II (SCID-II), Questionário de personalidade e critérios de diagnóstico do DSM-5 (Oliveira, 2023).

(2) - O participante só é considerado válido, além de cumprir o critério de seleção no ponto 1, apresenta também inequivocamente terem preenchidos os questionários de TI e de empatia.

Não foram aplicados critérios de exclusão relativos a género, contexto social, financeiro ou histórico clínico.

Constituíram critérios de exclusão:

(1) -Ficheiros clínicos dos quais não apresentem questionários de TI ou de empatia, os questionários com perguntas não respondidas ou não cotado, isto é, não preenche o critério de diagnósticos (não tem diagnóstico de PPB) ou ainda está no processo de cotação (ainda vai ser avaliado).

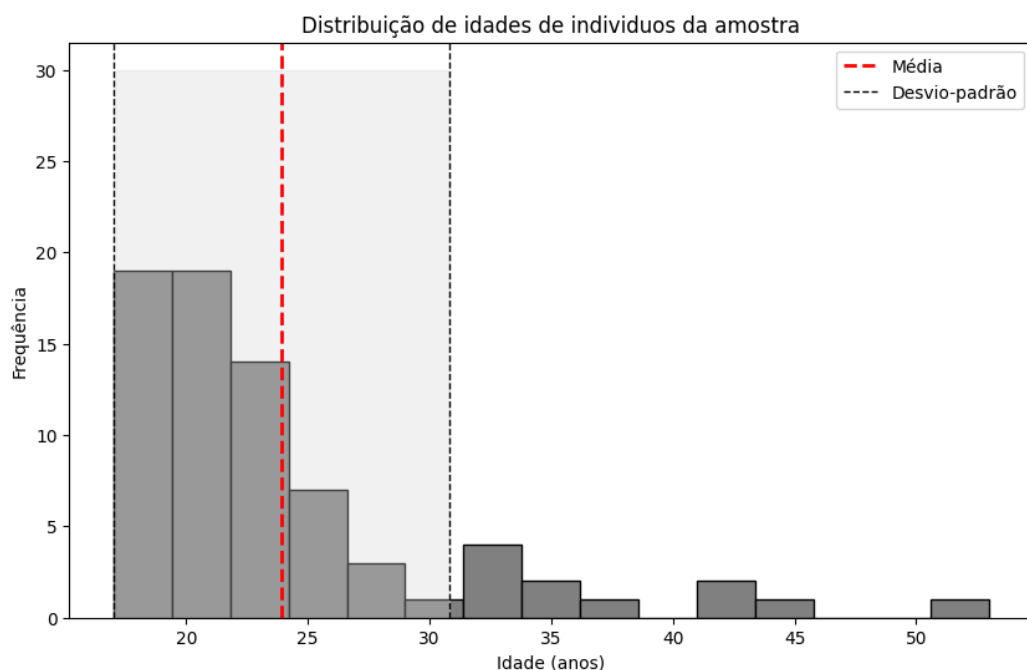


Figura 1. Distribuição de Idades da Amostra em Estudo com Média e Desvio Padrão.

Instrumentos

Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ- SF)

O *CTQ- SF* trata-se de um instrumento breve de autoavaliação de exposição a situações de maus-tratos durante a infância (Baker, 2010; Roy, 2004; Thombs, 2009). Aversão usada neste estudo, adaptada a população portuguesa. (Maia, 2011; Maia, 2007; McIntyre, 2004; Veiga-Costa, 2006). é constituída por 5 subgrupos de maus-tratos: Abuso Sexual, Abuso Emocional, Abuso Físico, Negligência Emocional e Negligência Física (Bernstein, 2003) distribuídos por 28 itens que descrevem experiências de infância, classificáveis, de acordo com a frequência em que correram, numa escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre:

- 1 – Nunca;
- 2 – Poucas vezes;
- 3 – Às vezes;
- 4 – Muitas vezes;
- 5 – Sempre.

Para além de conter um indicador geral de avaliação da exposição aos maus-tratos na infância (Bernstein, 1998; Bernstein, 2003; Lobbetael, 2009), que resulta da soma da cotação das subescalas (quanto maior a pontuação, maior a frequência de experiências com um determinado tipo de maus tratos) e um índice de negação, o instrumento avalia igualmente a exposição a cinco diferentes tipos de mau tratos: NE (Refere-se à falha em prover as necessidades básicas da criança pode incluir a falta de amor, atenção, apoio e pertencimento); NF (envolve a falta de alimentação, higiene, abrigo e cuidados médicos adequados.); AS (Qualquer contato ou comportamento sexual com a criança, com ou sem coerção. Inclui carícias, penetração, exploração sexual e produção de pornografia infantil.); AF (Envolve agressões corporais que podem resultar em lesões. Inclui tapas, beliscões, socos,

queimaduras e outras formas de violência física.) AE (Caracterizado por agressões verbais, humilhações, depreciações ou ameaças. O objetivo é minar a autoestima da criança e fazê-la sentir-se inferior.) (versão original: Bernstein et al., 2003; versão portuguesa: Dias et al., 2013). A versão adaptada apresenta boa consistência interna. O instrumento da versão portuguesa foi avaliado por meio dos seus valores de alfa de *Cronbach* e dos coeficientes de regressão padronizados (CRE). (Bernstein et al., 2003; Dias et al., 2013).

As subescalas apresentam coeficientes de consistência interna a variar entre 0,84 para a escala total, 0,79 para a negligência emocional, 0,77 para o abuso físico, 0,71 para o abuso emocional e sexual, e 0,47 para a negligência física.

Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)

É um questionário autorrelato desenvolvido por Davis (1980) e amplamente traduzido e adaptado em várias línguas, com objetivo de avaliar a empatia. O questionário é subdividido em 4 itens:

- Tomada de perspectiva (TP);
- Preocupação empática (PE);
- Desconforto pessoal (DP);
- Fantasia (F).

A TP avalia a capacidade de compreender os pontos de vista dos indivíduos e ver através dos olhos deles, e a F avalia a habilidade de imitar personagens de filmes, histórias e outras situações fictícias. A PE mede a propensão para sentir compaixão pelos outros. O DP avalia o grau em que uma pessoa experimenta perturbação auto-orientada e desconforto quando confrontada com as adversidades dos outros (Davis, 1983).

As subescalas de F e TP medem a empatia cognitiva (a capacidade de ver o mundo com os olhos dos outros, ou seja, compreender e entender pensamentos, sentimentos e

motivações, sem necessariamente concordar ou sentir o mesmo), enquanto que PE e DP avaliam a empatia afetiva (a capacidade de responder de forma compassiva e compreensiva aos estados emocionais dos outros), de acordo com os sentimentos e pensamentos que a pessoa pode, ou não ter experienciado.

O estudo realizado sobre o questionário traduzido e adaptado na versão portuguesa demonstrou boas características psicométricas e, os resultados demonstram congruência com a visão multidimensional da empatia, tanto em termos de consistência interna, como de validade, confiabilidade e sensibilidade. (Limpo, 2010)

O IRI adaptado à versão portuguesa é composto por 24 itens organizados em quatro subescalas independentes, cada uma com 6 itens, duas cognitivas e duas afetivas: Pontuações mais altas em subescalas como PE e DP sugerem uma maior tendência a experimentar emoções em resposta às experiências dos outros e a sentir-se angustiado com o sofrimento alheio (empatia afetiva). Pontuações mais altas na subescala de TP indicam uma maior capacidade de compreender as perspetivas e pontos de vista dos outros, mesmo sem experimentar diretamente as suas emoções (empatia cognitiva).

Para a medição de cada item de IRI, é pedido a cada participante uma autoavaliação cotada numa escala de 5 níveis (Anexo 2), com valores compreendidos entre 0 e 4, em que 0 refere-se a “Não me descreve bem”, 4 como “Descreve-me muito bem”. (Limpo, 2010)

A análise da consistência interna das subescalas demonstrou valores adequados de fiabilidade e as correlações evidenciaram homogeneidade. (Limpo, 2010)

Análise e Tratamentos de Dados

A gestão e análise de dados foram realizadas utilizando o SPSS, versão 29.0.

Todos os dados foram calculados em termos das respetivas médias e desvios-padrão.

Foi analisada também a sensibilidade e fiabilidade de resultados obtidos a partir dos

questionários utilizados na amostra.

A relação entre TI e empatia foi analisada através da análise de correlação de *Spearman*. No coeficiente de correlação, se o valor de significância estatística for inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula de que não há correlação significativa entre as variáveis.

Foram analisadas as possíveis associações entre diferentes tipos de TI: AF, AP, AS, NF e NE com a empatia e as suas subdimensões e em diferentes gêneros.

Resultados

Resultados de Características Psicométricas

Fiabilidade de CTQ-SF

No que diz respeito ao resultado obtido da análise da fiabilidade do *CTQ-SF*, foi avaliado através de α de *Cronbach* a consistência da relação interna dos dados, A **Tabela 1** descreve os resultados da análise da fiabilidade e as médias e desvios-padrão dos itens e das respectivas subescalas do *CTQ-SF*.

As subescalas apresentam coeficientes de consistência interna: 0,923 para a escala total; 0,933 para o AS; 0,818 para o AF; 0,875 para o AE; 0,846 para a NE; e 0,676 para a NF. A subescala de negligência física apresenta baixa consistência interna uma vez que segundo Nunnally (1978), os valores de alfa *Cronbach* apenas são considerados aceitáveis, quando estão acima de 0,70.

Tabela 1. -Média, Desvio Padrão e Consistência Interna das Subescalas do *CTQ-SF*

	M	DP	Alfa de Cronbach
CTQ-SF total	55,17	17,38	0,923
Abuso sexual	8,07	4,87	0,933
20. Tocar sexualmente	1,68	1,11	
21. Ameaças em contexto sexual	1,39	0,97	
23. Tentar contacto sexual	1,47	0,996	
24. Ser assediado.	1,80	1,16	
27. Sexualmente abusado	1,73	1,22	
Abuso físico	7,82	4,19	0,818
09. Ser espancado e ter que ir ao médico	1,18	0,65	
11. Ter nódoas negras por lhe terem batido	1,62	1,12	
12. Batido com objetos duros	1,70	1,25	
15. Fisicamente abusado	2,07	1,41	
17.Ser espancado e alguém notou	1,26	0,92	
Abuso emocional	15,31	5,91	0,875
03. Chamaram nomes...	2,85	1,40	
08. Desejarem que nunca tivesse nascido	2,88	1,45	
14. Insultaram	3,59	1,16	
18. Detestavam	2,73	1,56	
25. Abusado emocionalmente	3,26	1,52	
Negligência emocional	15,22	5,09	0,846
05. Especial ou importante (R)	2,78	1,45	
07. Sentir-se amado (R)	2,99	1,32	
13. Cuidar uns dos outros (R)	2,91	1,27	
19. Eram chegados (R)	3,31	1,19	
28. Fonte de apoio e suporte (R)	3,23	1,22	
Negligência física	8,76	3,73	0,676
01. Não ter comida suficiente	1,65	1,14	
02.Ter alguém que cuidava e protegia (R)	2,62	1,39	
04. Pais drogados ou alcoolizados	1,47	1,11	
06. Vestir roupas sujas	1,16	0,57	
26. Levar ao médico se necessário (R)	1,85	1,28	

Correlações Entre as Subescalas do CTQ-SF

Para examinar a relação entre as subescalas e a escala total, foram calculadas as correlações de *Spearman*, levando em conta a não normalidade da distribuição dos dados. Todas as subescalas demonstraram correlações significativas.

A detecção de correlações significativas entre as subescalas do *CTQ-SF* sugere a presença de uma relação entre essas variáveis. Essas correlações significativas sugerem que há uma variação compartilhada entre as diferentes formas de abuso e negligência avaliadas pelo *CTQ-SF* tal como foi apresentado em Dias (2011).

Na **Tabela 2** todos os coeficientes de correlação apresentados são estatisticamente significativos ($p < 0,05$ ou $p < 0,001$).

As correlações mais elevadas dizem respeito à relação entre a AE e AF e a AE e NE. A subescala de AS apresenta valores de correlação baixos com as restantes subescalas. Os resultados são apresentados na **Tabela 2**.

Tabela 2. -Correlação entre os Diferentes Subgrupos usando o Coeficiente de *Spearman*

		AE	AS	AF	NE	NF	CTQ-SF
AE	Coeficiente de Correlação	1,000	0,284*	0,639**	0,635**	0,556**	0,878**
	Sig. (2 extremidades)	.	0,014	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
AS	Coeficiente de Correlação	0,284*	1,000	0,383**	0,196	0,185	0,527**
	Sig. (2 extremidades)	0,014	.	<0,001	0,094	0,114	<0,001
AF	Coeficiente de Correlação	0,639**	0,383**	1,000	0,428**	0,373**	0,724**
	Sig. (2 extremidades)	<0,001	<0,001	.	<0,001	0,001	<0,001
NE	Coeficiente de Correlação	0,635**	0,196	0,428**	1,000	0,600**	0,761**
	Sig. (2 extremidades)	<0,001	0,094	<0,001	.	<0,001	<0,001
NF	Coeficiente de Correlação	0,556**	0,185	0,373**	0,600**	1,000	0,690**
	Sig. (2 extremidades)	<0,001	0,114	0,001	<0,001	.	<0,001

*. A correlação é significativa no nível 0,05 ($p < .005$).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 ($p < .001$).

Sensibilidade IRI

No que diz respeito ao IRI, foram calculados os dados descritivos média e desvio padrão dos subgrupos. Foram também considerados dados de sensibilidade do respetivo questionário (**Tabela 3.**)

Foi calculado os coeficientes de assimetria *Skewness* (SK), achatamento *Kurtosis* (Ku) e realizado o teste *Kolmogorov-Smirnov* (KS) de modo a poder inferir sobre a simetria e distribuição normal dos dados (Kline, 2005)

Nos dados em estudo valida-se que em média os valores mais baixos são os que compõe a subescala de tomada de perspetiva, por outro lado, os valores mais altos são os da Preocupação empática.

O teste KS avalia a discrepância entre uma curva de distribuição normal e a função de representação dos dados, mesurando assim, a distribuição normal dos dados, para valores mais altos considera-se maior discrepância, logo para dados com valor estatístico K-S, considera-se que estes não têm distribuição normal, ao passo que o *p-value*, quanto menor for este valor, maior é a evidência de rejeição de hipótese nula, que neste caso os dados podem não apresentar uma distribuição normal (**Tabela 3**). (Limpo, 2010)

No que diz respeito ao SK do IRI, podemos inferir uma assimetria dos dados em relação à média, um valor positivo indica cauda à direita da média, enquanto que, valor negativo à esquerda (Rousseau, 2018). Valores próximos de zero infere que, há uma simetria, e a distribuição é disposta em torno da média. No caso dos dados em estudo, é observada a predominância de valores negativos, ou seja, a cauda dispõe-se à esquerda da média.

Tabela 3. - Médias e Sensibilidade dos Subgrupos do IRI

	Média	Desvio Padrão	SK	KU	K-S	P-Value
Tomada perspectiva	14,0405	5,24062	-0,421	-0,105	5,24062	0,026
2	1,7432	1,43404	0,210	-1,241	1,43404	<0,001
7	2,2973	1,28989	-0,225	-0,958	1,28989	<0,001
9	2,9595	1,10341	-0,987	0,373	1,10341	<0,001
17	2,7568	1,19142	-0,710	-0,205	1,19142	<0,001
21	1,7838	1,26351	0,170	-0,955	1,26351	<0,001
24	2,5000	1,28479	-,538	-0,662	1,28479	<0,001
Preocupação empática	17,3108	5,77649	-0,804	-0,174	5,77649	0,001
1	2,9324	1,24230	-1,014	0,023	1,24230	<0,001
3	2,6486	1,39895	-,577	-1,048	1,39895	<0,001
8	3,4595	,95357	-1,927	3,073	0,95357	<0,001
12	2,5541	1,35628	-0,490	-1,022	1,35628	<0,001
16	2,9459	1,27023	-1,009	-0,110	1,27023	<0,001
18	2,7703	1,29855	-0,638	-0,760	1,29855	<0,001
Desconforto Pessoal	14,7973	6,09059	-0,415	-0,545	6,09059	0,041
5	3,0541	1,20378	-1,317	0,835	1,20378	<0,001
11	2,0270	1,53474	-0,023	-1,541	1,53474	<0,001
14	3,4324	1,08642	-2,127	3,789	1,08642	<0,001
15	2,2973	1,40186	-0,245	-1,147	1,40186	<0,001
20	2,1486	1,45886	-0,075	-1,426	1,45886	<0,001
23	1,8378	1,38512	,140	-1,168	1,38512	<0,001
Fantasia	16,4324	5,96584	-0,469	-0,876	5,96584	0,003
4	2,7297	1,44580	-0,796	-0,751	1,44580	<0,001
6	2,8108	1,26789	-0,794	-0,458	1,26789	<0,001
10	2,8514	1,36173	-0,827	-0,659	1,36173	<0,001
13	2,5541	1,42523	-0,564	-0,993	1,42523	<0,001
19	2,5405	1,38672	-0,609	-0,847	1,38672	<0,001
22	2,9459	1,28097	-1,102	0,111	1,28097	<0,001

Tabela 4. - Consistência Interna das Subescalas do IRI Português e Correlações Item-Total

Tomada de Perspetiva		Preocupação Empática		Desconforto Pessoal		Fantasia	
α global=0,773		α global=0.792		α global=0.789		α global=0.784	
2	0,476	1	0,510	5	0,421	4	0,524
7	0,467	3	0,512	11	0,535	6	0,389
9	0,455	8	0,332	14	0,277	10	0,508
17	0,482	12	0,514	15	0,538	13	0,517
21	0,495	16	0,502	20	0,541	19	0,501
24	0,498	18	0,506	23	0,541	22	0,436

Os valores de α de *Cronback* globais de cada subgrupo do IRI no que diz respeito à empatia ilustrados na **Tabela 4** estão entre 0,7 e 0,8, sendo que, por este motivo pode-se considerar que os itens têm uma consistência interna aceitável.

Os resultados dos instrumentos psicométricos obtidos foram muito idênticos aos estudos adaptados à versão portuguesa tanto no que toca a *CTQ-SF* (Dias, 2011) como a IRI (Limpo, 2010).

Resultados de entre as Dimensões de Empatia e *CTQ-SF*

Não houve diferenças estatisticamente significativas, entre homens e mulheres, nos valores de trauma infantil ou de empatia relatados (**Tabela 5**. A diferença de idades

[\[IC1\]](#) entre os dois grupos (mulheres: *mdn* = 21,00 anos; mínimo-máximo = 17-44; homens:

20.00 anos; mínimo-máximo = 18-53) também não foi estatisticamente significativa ($U = 153,000$; $p = 0,673$).

Tabela 5. Trauma Infantil e Empatia por Sexo.

	Mulheres $n = 69$	Homens $n = 5$	Comparação entre grupos
Trauma infantil - mediana (<i>mín-máx</i>)			
Abuso emocional	16,00 (5-25)	9,00 (7-24)	$U = 107,000$; $p = 0,157$
Abuso sexual	5,00 (5-25)	5,00 (5-11)	$U = 154,500$; $p = 0,677$
Abuso físico	5,00 (5-23)	5,00 (5-9)	$U = 137,000$; $p = 0,411$
Negligência emocional	15,00 (5-25)	15,00 (11-21)	$U = 175,500$; $p = 0,948$
Negligência física	8,00 (5-23)	8,00 (5-10)	$U = 158,000$; $p = 0,752$
Trauma infantil total	53,00 (25-104)	41,00 (39-72)	$U = 123,500$; $p = 0,291$
Empatia - mediana (<i>mín-máx</i>)			
Desconforto pessoal	16,00 (0-24)	13,00 (10-20)	$U = 159,000$; $p = 0,771$
Fantasia	18,00 (3-24)	22,00 (13-23)	$U = 242,500$; $p = 0,131$
Tomada de perspectiva	15,00 (0-23)	13,00 (7-24)	$U = 162,000$; $p = 0,821$
Preocupação empática	18,00 (3-24)	22,00 (9-22)	$U = 214,500$; $p = 0,364$

Mín-máx: mínimo-máximo

[IC1] $t(4) = -0,495$; $p = 0,646$
Mulheres: $M = 23,68$; $DP = 6,17$
Homens: $M = 27,00$; $DP = 14,90$

A **Tabela 5** apresenta os dados das medianas e os intervalos de mínimo e máximo respectivos, separados por género (sexo feminino ($n=69$) e sexo masculino ($n=5$)), em relação à experiência de diferentes tipos de TI (incluído o TI total) e a sua influência na empatia. A análise de comparação entre grupos é feita através das medianas e do teste U de Mann-Whiney.

As mulheres apresentam maior mediana de TI total em comparação aos homens, enquanto os homens apresentam mediana mais alta para subescala de Fantasia.

Contudo os valores de p em todas as categorias são maiores do que 0.05, o que indica que nenhuma das comparações é estatisticamente significativa, não há diferenças relevantes entre os sexos em termos de TI e empatia.

Tabela 6. - Médias e Desvios-Padrão de Diferentes Dimensões de Empatia e *CTQ-SF*

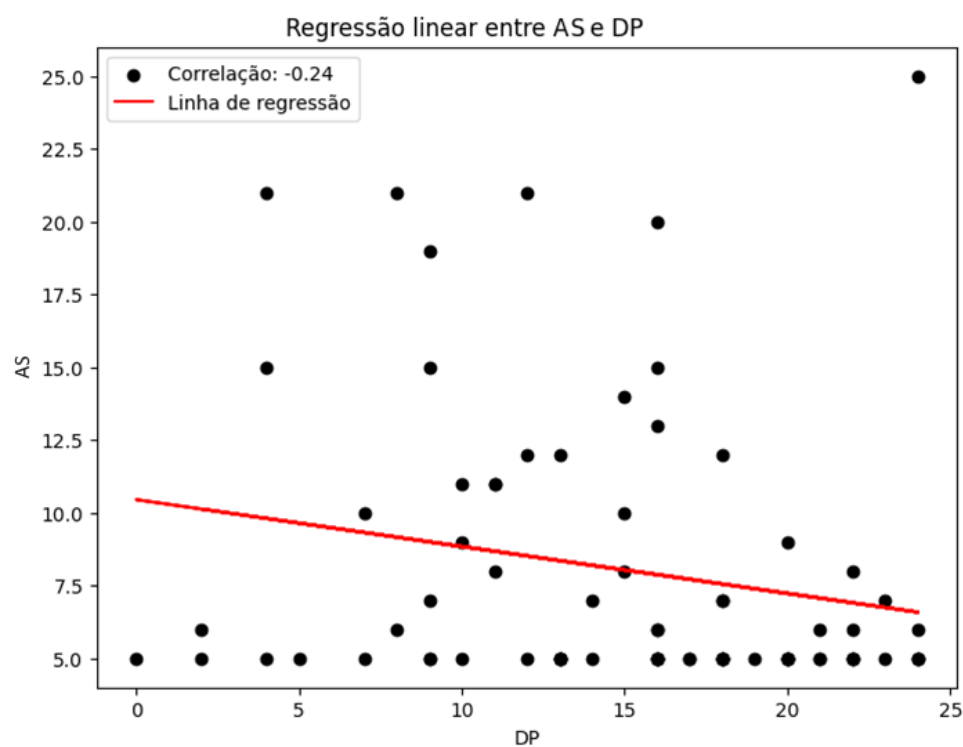
Parâmetro	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Abuso sexual	5	25	8,07	4,87
Abuso físico	5	23	7,82	4,19
Abuso emocional	5	25	15,31	5,91
Negligência Emocional	5	25	15,22	5,09
Negligência física	5	23	8,76	3,73
CTQ-SF total	25	104	55,17	17,38
Tomada perspectiva	0	24	14,04	5,24
Preocupação empática	3	24	17,31	5,78
Desconforto Pessoal	0	24	14,80	6,09
Fantasia	3	24	16,43	5,97

Na **Tabela 6** mostra a os valores mínimos e valores máximos, média e respetivo desvio-padrão de diferentes subescalas de *CTQ-SF* e Total bem como as diferentes dimensões de empatia nesta amostra. Relativamente ao TI, as médias da amostra variaram entre $7,82 \pm 4,19$, para o AF, e $15,31 \pm 5,91$, para o AE, tendo a pontuação total de trauma infantil sido de $55,17 \pm 17,38$. A dimensão da empatia com a média mais baixa foi a dimensão cognitiva da TP ($M = 14,04 \pm 5,24$), tendo a dimensão afetiva da PE registado a média mais alta ($M = 17,31 \pm 5,78$).

Tabela 7. -Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre as Dimensões de Empatia e *CTQ-SF*

CTQ-SF	Empatia			
	DP	F	TP	PE
AE	0,033	0,125	0,159	-0,097
AS	-0,245*	0,133	0,117	-0,020
AF	0,035	0,083	0,150	-0,045
NE	-0,017	-0,96	0,100	-0,064
NF	0,043	0,002	0,219	-0,039
CTQ-SF Total	-0,047	0,096	0,182	-0,086

*A correlação é significativa no nível 0,05 ($p < 0,005$).



Legenda: AS- Abuso sexual DP- Desconforto Pessoal

Figura 2. -Regressão Linear entre os Dados de AS e DP, com o Coeficiente de *Spearman*

Considerando o total dos 74 participantes com PPB, a associação do TI com a empatia foi estatisticamente significativa entre AS e a dimensão empática de DP, com correlação negativa. Especificamente, quanto maior o nível de AS, menor o nível empático de DP ($r_s = -0,245$; $p = 0,036$) (**Tabela 5 e Figura 2**). Nenhuma outra associação foi estatisticamente significativa entre TI e empatia neste caso.

Tabela 8. -Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre as Dimensões de Empatia e *CTQ-SF* em Ambos os Sexos

	DP		F		TP		PE	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
AE	-0,043 ($p=0,726$)	0,154($P=0,805$)	0,155($p=0,204$)	-0,344($p=0,571$)	0,094($p=0,443$)	0,684($p=0,203$)	-0,106($p=0,385$),	0,00($p=1,00$)
AS	-0,220 ($p=0,07$)	-0,894*($p=0,41$)	0,131($p=0,2,82$)	0,750($p=0,144$)	0,093($p=0,449$)	0,287($p=0,640$)	-0,045($p=0,712$)	0,395($p=0,510$)
AF	0,036($p=0,767$)	0,112($p=0,858$)	0,095($p=0,440$)	0,00($p=1,000$)	0,113($p=0,356$)	0,918*($p=0,028$)	-0,058($p=0,636$)	0,395($p=0,510$)
NE	-0,021(0,862)	0,300($p=0,624$)	-0,111($p=0,363$)	-0,224($p=0,718$)	0,063($p=0,609$)	0,667($p=0,219$)	-0,090($p=0,462$)	0,354($p=0,559$)
NF	0,044($p=0,717$)	0,100($p=0,873$)	0,023($p=0,851$)	-0,671($p=0,215$)	0,213($p=0,079$)	0,359($p=0,553$)	-0,023($p=0,853$)	-0,354($p=0,559$)
Total	-0,038($p=0,755$)	0,359($p=0,553$)	0,114($p=0,349$)	-0,344($p=0,571$)	0,138($P=0,257$)	0,763($p=0,133$)	-0,095 ($P=0,437$)	0,181($p=0,770$)

Contudo, considerando-se cada sexo separadamente, como na **Tabela 8** que apresenta coeficiente de correlação *de spearman* entre as dimensões de empatia e *CTQ-SF* em ambos os sexos, observou-se que o TI se associou significativamente à empatia apenas no caso dos homens. Assim, quanto maior o nível de AS, menor o nível empático de DP (dimensão afetiva) dos homens ($r_s = -0,894$; $p = 0,041$), mas, quanto maior o nível de AF, maior o seu nível de TP (dimensão cognitiva de empatia), $r_s = 0,918$; $p = 0,028$. Por comparação, no grupo das mulheres, apesar de haver algumas correlações moderadas, incluindo na mesma

associação (e na mesma direção) que nos homens, nomeadamente entre AS e menor nível empático de DP ($r_s = -0,220$; $p = 0,070$), assim como entre NF e a dimensão empática da TP ($r_s = 0,213$; $p = 0,079$), não foram observadas associações estatisticamente significativas entre TI e empatia.

Discussão

De acordo com o estudo de revisão de artigos publicado recentemente no *International Journal Of Mental Health Nursing* (2022) indica que existe uma relação bastante ambígua no que toca a pessoa com PPB e o seu desempenho profissional, capacidade, participação e sustentação laboral. (Larcombe & Müller, 2022)

O estigma social associado a PPB é que seja esperado que tenha insucesso tanto na área académica bem como a área laboral (Dahl et al., 2017; Juurlink et al., 2020; Juurlink et al., 2018; Juurlink et al., 2019; Sansone & Sansone, 2012; Thompson et al., 2012). Uma vez que é rotulado como isolado, manipulador e egocêntrico. Estes tipos de comportamento dificultam não apenas intervenções clínicas durante o processo de tratamento, bem como sua a relação paciente/clínico (Romeu-Labayen et al., 2020). Estes aspetos referidos anteriormente podem explicar as taxas de insucesso encontrado neste estudo, uma vez que taxa de desemprego pode ser resultante não apenas do medo de exposição situação clínica, mas também a atitude negativa demonstrada durante a entrevista, na maioria dos casos, surge uma antecipação de estigmatização dos próprios empregadores. (Juurlink et al., 2019)

As principais preocupações dos empregadores focam-se sobretudo em termo de comportamentos intrínseco a esta perturbação, como por exemplo: no contexto de instabilidade emocional, atitude evitante e problemas de comportamentos de impulsividade que podem contribuir para um baixo desempenho e ambiente conflituoso no local de trabalho. Uma vez que a taxa de desemprego proporcional no presente estudo é superior a taxa de desemprego nacional durante o período inquerido (6 anos) (2017-9,2%; 2018-7,2%; 2019-

6,6%; 2020-7,0%; 2021-6,7%; 2022-6,1% e 2023-6,5%). A taxa de desemprego média mais desvio padrão é de $6,68 \pm 0,39\%$ (Estatística, 2024).

Contudo esta revisão sistemática revelou também, que esta característica de personalidade existe igualmente uma mais vantagem sociais, o facto de ser frontal, é as vezes apreciado como ousadia e honestidade (Dahl et al., 2017; Juurlink et al., 2019). Por outro lado, posto que a pessoa com a PPB tem tendência de querer sempre agradar os outros, nesta perspetiva facilita o sucesso na sua carreira caso esteja empregado (Dahl et al., 2017).

No presente resultado 41 indivíduos são estudantes ($n= 41$; 55,4%). Visto que a PPB é frequentemente associada a sintomas psicológicos adversos, persistentes e idealização de suicídio e automutilação recorrente, na população mais jovem a perturbação tem impacto ainda mais devastador, na medida em que jovens ainda não apresentam a capacidade funcional cognitiva e psicossocial sustentada (Chanen et al., 2020). Em conclusão, a automutilação em jovens com PPB resulta como uma reação psicológica à uma combinação complexa de interação de diversos fatores como a disfunções nas relações de vinculação e inadequada adaptação de traumas sofridos, assim como a instabilidade afetiva, emocional e pessoal, além de experiências de negligência. (Thompson et al., 2018)

A PPB afeta a capacidade de relacionamentos interpessoais, criando assim uma barreira para alcançar ajuda atempadamente, estima-se 10% dos casos dos jovens com a PPB acabam por falecer por suicídio (Paris & Zweig-Frank, 2001).

No que toca ao seu nível de escolaridade, dos participantes não estudantes, 6% apresentam uma escolaridade de 9º ano, 55% tem 12º ano e 39% apresentam licenciatura. Todavia, não foi encontrado nenhum estudo que relaciona diretamente a ligação entre empatia e nível de educação em pacientes com PPB.

Estudos que investigaram especificamente as diferenças clínicas entre os géneros em pacientes com PPB ainda são escassas. A percentagem de PPB é no geral predominante no

sexo feminino nos estudos realizados (Salgado et al., 2020), neste estudo, o número de sexo feminino é de 69, n=69 (93%) comparada com o número de sexo masculino n=5 (7%), rácio de 1 homem para aproximadamente 14 mulheres. Perante esta heterogeneidade de dados encontrado, segundo o estado de arte, possivelmente é devido à esta diferença de natureza biológica, as mulheres tentem procurar mais serviços de saúde mental devido as mesmas são mais propensas a apresentar sintomas de instabilidade afetiva/emocional. Em contraste, os homens são mais conformados com as normas masculinas tradicionais e outros comportamentos impulsivos/compulsivos. Estão mais propensos a procurar outros tipos de refúgio (como abusos de determinadas substâncias, gastar dinheiro e comportamento sexual inadequado). Tendo em conta o tamanho de nossa amostragem clínica pode também ocorrer viés de amostra. (Qian et al., 2022).

O presente estudo não é um estudo de caso-controlo. Porém segundo Karim et al. (2019), no homem com PPB tem uma maior masculinidade em relação ao seu grupo de controlo. No caso de mulher, verificou se que a maior masculinidade está associada uma maior severidade de perturbação (Karim et al., 2019).

A correlação negativa entre AS e DP em ambos os sexos, sugere que, indivíduos que sofreram abuso sexual tendem a sentir menos desconforto pessoal quando confrontados com o sofrimento de outras pessoas. Isso pode indicar mecanismos de adaptação ou dissociação emocional como resultado da experiência traumática. Esses mecanismos podem atuar como uma forma de proteção contra a angústia emocional, limitando a empatia afetiva em situações que poderiam ser percebidas como emocionalmente sobrecarregadas (Salgado et al., 2020).

Outra interpretação é que alguns dos que sofreram abuso sexual podem se tornar mais egocêntricos ou menos sensíveis às necessidades emocionais dos outros, como um reflexo da necessidade de lidar com seu próprio trauma (Salgado et al., 2020; Wai & Tiliopoulos, 2012).

O abuso sexual é mais frequentemente relatado em mulheres, uma vez que os homens

são menos propensos a relatar este tipo de acontecimento. Desta forma a maioria dos estudos que relacionam o TI e a empatia na PPB, as mulheres apresentam uma maior proporção (Cappelleri et al., 1993; Qian et al., 2022).

No entanto, o facto de a correlação entre AS e DP no caso dos homens mantém-se estatisticamente significativa e negativa. Comprovando que, no que toca ao abuso sexual, há consequências similares em termos de redução na capacidade de Desconforto Pessoal independentemente do sexo. (Sansone & Sansone, 2011).

Verifica-se que existe uma nova correlação estatisticamente significativa, com coeficiente de regressão positivo, de AF com TP nos indivíduos do sexo masculino. Sugerindo que experiências de abuso físico podem resultar num aumento da capacidade de entender os pontos de vista e sentimentos de outras pessoas (empatia cognitivo), em contraste com o AS, que afeta principalmente a empatia afetiva (Qian et al., 2022).

Os estudos de autorrelato baseado no IRI sobre a empatia nos indivíduos com PPB, geralmente demonstra défices nas habilidades de tomada de perspetiva. Surpreendentemente neste estudo realizado foi encontrado esta correlação positiva entre AF com TP, apesar deste facto, pode estar enviesado, uma vez que se trata de uma amostra reduzida.

Alguns estudos sugerem que esta correlação positiva entre AF e TP possa estar relacionada com a teoria de altruísmo (Benz et al., 2023; Vollhardt, 2009). Todavia, o castigo físico ocorre mais frequentemente em homens e em certas culturas, são culturalmente aceites até certo ponto e não por este motivo interpretando como abuso, os indivíduos tendem a oferecer mais ajuda em contextos que eles próprios já vivenciaram. São mais capazes de se colocar melhor no lugar do outro, como imaginar as emoções da outra pessoa. Desta forma desenvolvendo a empatia cognitiva (Benz et al., 2023; Peltzer & Pengpid, 2016; Vollhardt, 2009).

A fantasia envolve identificar-se com personagens de filmes, romances, peças de

teatro e outras histórias fictícias. (Davis, 1980, 1983; Himichi et al., 2018).

Apesar da presença de elevados valores de fantasia nos homens com PPB, no entanto a fantasia não é estatisticamente significativa em relação a nenhum tipo de trauma. A razão pode ser que as pessoas são diferentes, e estas diferenças individuais podem ser um fator na capacidade de fantasia, indicando que essa característica não é uniformemente distribuída entre todos os homens com PPB, nem está diretamente ligada ao tipo de trauma vivido por eles. Pode ter múltiplas implicações, que não são necessariamente negativas ou positivas sem contexto adicional.

Algumas possíveis interpretações são estes indivíduos possuem uma maior capacidade para empatizar com os outros, mesmo em situações que nunca tinha experienciado. A fantasia também pode funcionar como uma forma de mecanismo de *coping*, permitindo que indivíduos com PPB escapem temporariamente de realidades difíceis ou traumáticas. Nenhuma destas possíveis implicações é conclusiva sem uma análise mais aprofundada dos dados e, devido ao escasso estudo no sexo masculino e tamanho reduzido da amostra, seria recomendado um estudo mais alargado em relação a amostra e variáveis em estudo.

A falta de relações estatisticamente significativas entre a TI e a Empatia na amostra feminina com PPB, pode ter múltiplas explicações que merecem atenção: como por exemplo o tamanho da amostra, variação na resposta ao trauma e diferenças na expressão de *Borderline*, essas diferenças podem não ser captadas pelos instrumentos de medição utilizados CTQ-SF ou IRI uma vez que são os instrumentos de autorrelato pode não estar ciente ou não ter compreendido as perguntas.

Um estudo publicado no "*Journal of Personality Disorders*" sugeriu que as mulheres com PPB podem apresentar alterações no processamento das interações sociais em resposta ao abuso durante a infância. Além disso, o abuso emocional em mulheres tem sido proposto

como um possível fator etiológico para o desenvolvimento de traços relacionados ao PPB, como a dissociação em subcategorias de empatia (Infurna et al., 2016).

Portanto, embora neste estudo não tenha encontrado relações estatisticamente significativas na amostra feminina, esses resultados não devem ser vistos como um fim definitivo, mas como um ponto de partida para futuras investigações que possam incluir amostras maiores e uma análise mais refinada das experiências de trauma e suas relações com a empatia e comportamentos *borderline*.

É importante considerar que a complexidade do transtorno de personalidade *borderline* e sua relação com experiências passadas requerem uma abordagem multidimensional e sensível aos contextos individuais para a investigação e prática clínica.

Embora atualmente tem vindo aparecer cada vez mais estudos aprofundados sobre a PPB, tanto com as amostras clínicas (Gratz et al., 2008; Van Dijk et al., 2013) equitativamente com as amostras comunitárias (Fossati et al., 2015). O mecanismo pelo qual como o TI induza a aparição a PPB continua-se a permanecer por desvendar. Todavia quando existe em simultaneamente múltiplos tipos de TI em jogo, na maioria das vezes apenas resta o abuso sexual como o único preditor significativo nas amostras clínicas (Bradley et al., 2005).

Assim, com base nesta análise estatística, conclui-se que há uma correlação negativa significativa entre AS e DP e correlação positiva significativa entre AF e TP nos casos de homem. No entanto é importante ressaltar que correlação não implica causalidade, sendo necessárias outras análises para investigar a natureza e os possíveis mecanismos subjacentes dessa relação.

No entanto estudos existentes sobre a relação entre TI e as diferenças subgrupos ainda são inconsistentes. Um estudo identificou que a possibilidade de PPB está relacionada com todos os tipos de TI (Afifi, 2011) e outros estudos demonstraram correlações unicamente entre AE e AS (De Aquino Ferreira, 2018; Hengartner, 2015) e outros não relataram uma

associação entre trauma e nenhum dos componentes da empatia (Harari, 2010).

Limitações

Várias limitações do presente estudo necessitam de ser devidamente consideradas. Estudos longitudinais adicionais são indispensáveis para estabelecer a causalidade, uma vez que o desenho transversal da pesquisa impossibilita a obtenção da relação de causa e efeito entre as variáveis.

O tamanho reduzido da amostra em comparação com a população inicial é uma limitação significativa, resultante da ausência de preenchimento dos questionários das escalas mandatárias. É vital considerar que limitações amostrais podem influenciar a interpretação dos resultados.

A representação reduzida de homens pode limitar a generalização dos resultados para a população masculina mais ampla, especialmente em relação a experiências de abusos e suas repercussões na empatia, podendo levar à imprecisão nas estimativas de efeito em estudo futuros, recomenda-se garantir uma amostra mais ampla e robusta.

É igualmente relevante salientar que as medidas de autorrelato utilizadas nesta pesquisa apresentam potenciais vulnerabilidades, especialmente em relação ao Viés de invocação da memória particularmente em Questionário de *CTQ-SF*. Recomenda-se a realização dos questionários em dois momentos distintos (intervalo de 6 meses) para avaliar a fiabilidade e fidelidade do teste-reteste.

Uma vez que o estudo é apenas baseado nos questionários preenchido num momento único do acontecimento, não foi conseguido apurar a duração de tratamento e período de seguimento dos participantes.

Conclusão

O estudo permitiu compreender como a experiência traumática infantil precoce favorece o desenvolvimento de PPB na fase adulta, por sua vez leva a disfunção na regulação da empatia emocional e cognitiva.

Verificou-se uma relação entre comportamentos empáticos e experiências negativas na infância, nomeadamente o TI na PPB. Mais precisamente no que toca a correlação negativa entre AS e DP com diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se também, correlação estatisticamente significativa entre AF e TP no caso dos homens, com declive positivo.

Não foi possível determinar o estado subsequente dos estudantes na amostra, nem acompanhar o seu progresso tanto no percurso clínico quanto na carreira profissional.

O tratamento emerge como um pilar essencial, e o envolvimento ativo dos profissionais de saúde é igualmente vital. Pode ser pertinente promover a atualização das competências dos especialistas em saúde mental, com ênfase particular no reconhecimento e encorajamento de sintomas positivos, com o intuito de enfrentar e reduzir o estigma associado às doenças mentais.

É igualmente importante a conscientização sobre a perturbação em si, inclusive para os empregadores e sociedade em geral, implementando programas educativos que visem a desmistificação e o combate ao estigma associado às doenças mentais, levando à uma abordagem mais inclusiva e informada, sobretudo na PPB.

Estes resultados apontam para um vasto potencial de investigação futura, sublinhando a necessidade premente de uma análise mais aprofundada sobre esta temática, visando uma melhor compreensão da relação e implicações para a origem das dificuldades interpessoais em indivíduos com PPB.

Recomenda-se igualmente a necessidade de que futuras pesquisas considerem

também os concomitantes genéticos, culturais e ambientais. E utilizar mais instrumentos e métodos de avaliação, possibilitando uma análise multivariável relativa aos vários parâmetros tendo em conta com os aspetos anteriormente referidos.

Referências

- Afifi, T. O. M., A.; Boman, J.; Fleisher, W.; Enns, M. W.; Macmillan, H.; Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814-822. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Baker, A. J. L. M., E. (2010). Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review*, 32(5), 740-748.
- Battle, C. L. S., M. T.; Johnson, D. M.; Yen, S.; Zlotnick, C.; Zanarini, M. C.; et al. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study
Journal: *Journal of Personality Disorders*. 18(2), 193–211.
- Benz, A. B. E., Dimitroff, S. J., Jeggle, C., Gaertner, R. J., Meier, M., Unternaehrer, E., Bentele, U. U., Denk, B. F., Klink, E. S. C., & Pruessner, J. C. (2023). Increased empathic distress in adults is associated with higher levels of childhood maltreatment. *Scientific Reports*, 13(1), 4087. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30891-7>
- Bernstein, D. P. F., L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P. S., J. A.; Newcomb, M. D.; Walker, E.; Pogge, D.; hluvalia, T.; Stokes, J. . (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Cappelleri, J. C., Eckenrode, J., & Powers, J. L. (1993). The epidemiology of child abuse: findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *Am J Public Health*, 83(11), 1622-1624. <https://doi.org/10.2105/ajph.83.11.1622>
- Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 22(5), 25. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>
- Coelho Junior, N. E. (2004). Ferenczi e a experiência da einfuhllung. *Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 7(1), 73-85.
- Dahl, K., Larivière, N., & Corbière, M. (2017). Work participation of individuals with borderline personality disorder: A multiple case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 46, 377-388. <https://doi.org/10.3233/JVR-170874>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Davis, M. H. (2006). Empathy. In J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the Sociology of Emotions* (pp. 443-466). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2_20
- De Aquino Ferreira, L. F. Q. P., F. H.; Neri Benevides, A. M. L.; Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
- Depew, D. (2005). Empathy, Psychology, and Aesthetics: Reflections on a Repair Concept. *Poroi*, 4(1), 99-107. <https://doi.org/10.13008/2151-2957.1033>
- Dias, A. C., A.; Castro Vale, I.; Sales, Luísa; Mota Cardoso, R. (2011). A Avaliação do Trauma Infantil: adaptação do Childhood Trauma Questionnaire para a população portuguesa. *Laboratório de Psicologia*.
- Estatística, I. N. (2024, 2024-02-16). *Taxa de desemprego em Portugal: total e por sexo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS) Retrieved Março from

[https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)

- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal*, 72 (Pt 4), 639-656.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., Maffei, C., & Somma, A. (2015). The DSM-5 alternative model of personality disorders from the perspective of adult attachment: a study in community-dwelling adults. *J Nerv Ment Dis*, 203(4), 252-258. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000274>
- Godinho, T. J. L. C. G. (2015). *Contributions to the Understanding of the Process of Empathy and Its Development* Universidade de Évora].
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Compr Psychiatry*, 49(6), 603-615. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.005>
- Harari, H. S.-T., S. G.; Ravid, M.; Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Journal* : , 175(3), 277–279. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.002>
- Hengartner, M. P. C., L. J.; Rodgers, S.; Müller, M.; Rössler, W.; Ajdacic-Gross, V. (2015). Association between childhood maltreatment and normal adult personality traits: Exploration of an understudied field. *Journal of Personality Disorders*, 29(1), 1-14. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_143
- Himichi, T., Osanai, H., Goto, T., Fujita, H., Kawamura, Y., Davis, M. H., & Nomura, M. (2018). Development of a Japanese version of the Interpersonal Reactivity Index. *The Japanese Journal of Psychology*, advpub, Article 88.15218. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.88.15218>
- Hughes, A. E. C., S. E.; Uyeji, L.; Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 21–33. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9555-X>
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Fischer, G., Resch, F., & Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 177-192. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_186
- Juurlink, T. T., Lamers, F., van Marle, H. J. F., Anema, J. R., & Beekman, A. T. F. (2020). The role of borderline personality disorder symptoms on absenteeism & work performance in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC Psychiatry*, 20(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02815-6>
- Juurlink, T. T., ten Have, M., Lamers, F., van Marle, H. J. F., Anema, J. R., de Graaf, R., & Beekman, A. T. F. (2018). Borderline personality symptoms and work performance: a population-based survey. *BMC Psychiatry*, 18(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1777-9>
- Juurlink, T. T., Vukadin, M., Stringer, B., Westerman, M. J., Lamers, F., Anema, J. R., Beekman, A. T. F., & van Marle, H. J. F. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS ONE*, 14(7), e0220233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220233>
- Karim, H., Shirazi, E., Nohesara, S., Sadeghi, H. M., Saeb, A., & Alavi, K. (2019). Comparison of gender roles in male and female in patients with borderline personality disorder (BPD) with control group and it's correlation with severity of clinical symptoms. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 14, 1-7.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press.
- Larcombe, E., & Müller, A. (2022). The relationship between borderline personality disorder

- and occupational participation: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*, 31(5), 1141-1150. <https://doi.org/10.1111/inm.13014>
- Limpo, T., Alves, R., & Castro, S. (2010). Measuring empathy: Portuguese adaptation of the Interpersonal Reactivity Index. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171-184.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph*, 137, 201-216.
- Lobbestael, J. A., A.; Harkema-Schouten, P.; Bernstein, D. (2009). Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: The interview for traumatic events in childhood (ITEC). *Child Abuse & Neglect*, 3(8), 505-517.
- Maia, A. (2011). War exposure and post traumatic stress as predictors of Portuguese Colonial War veterans physical health. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(3), 309-325.
- Maia, A. G., G.; Carvalho, C.; Capitão, L.; Carvalho, S.; Capela, S. (2007). *Maus tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: Um estudo com jovens portugueses*. Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença, Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/7066>
- McIntyre, T. C., E. (2004). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Versão Portuguesa)* [Material não publicado]. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* McGraw-Hill.
- Oliveira, C. F., Maria Luísa (comis. científica); Lourenço, Adriana (trad.). (2023). *DSM-5-TR manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (Artmed, Ed. 5ª ed. rev. ed.). Climepsi.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42(6), 482-487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2016). Childhood physical and sexual abuse, and adult health risk behaviours among university students from 24 countries in Africa, the Americas and Asia. *Journal of Psychology in Africa*, 26(2), 149-155. <https://doi.org/10.1080/14330237.2016.1163899>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLoS ONE*, 17(12), e0279015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>
- Romeu-Labayen, M., Rigol Cuadra, M. A., Galbany-Estragués, P., Blanco Corbal, S., Giralt Palou, R. M., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 29(5), 868-877. <https://doi.org/10.1111/inm.12720>
- Rousseau, R. E., Leo; Guns, Raf. (2018). *Becoming Metric-Wise: A Bibliometric Guide for Researchers* (1st ed.). Chandos Publishing.
- Roy, C. A. P., J. C. (2004). Instruments for the assessment of childhood trauma in adults *Journal Name: The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192(5), 343-351.
- Salgado, R. M., Pedrosa, R., & Bastos-Leite, A. J. (2020). Dysfunction of Empathy and Related Processes in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(4), 238-254. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000260>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*, 8(5), 16-20.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Employment in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*, 9(9), 25-29.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for

- Europe.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Thombs, B. D. B., D. P.; Lobbestael, J.; Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse & Neglect*, 33(8), 518-523.
- Thompson, K. N., Allen, N. B., Chong, S., & Chanen, A. M. (2018). Affective startle modulation in young people with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 263, 166-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.049>
- Thompson, R., Payne, S., Horner, M., & Morey, L. (2012). Why borderline personality features adversely affect job performance: The role of task strategies. *Personality and Individual Differences*, 52, 32–36. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.08.026>
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 145(3), 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- Veiga-Costa, E. (2006). *valiação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da sida e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH*. [Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia]. Braga.
- Vollhardt, J. R. (2009). Altruism Born of Suffering and Prosocial Behavior Following Adverse Life Events: A Review and Conceptualization. *Social Justice Research*, 22(1), 53-97. <https://doi.org/10.1007/s11211-009-0088-1>
- Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794-799. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.008>
- Yen, S. S., M. T.; Battle, C. L.; Johnson, D. M.; Zlotnick, C.; Dolan-Sewell, R.; et al. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study
Journal: *Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(8), 10–518. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000026620.66764.78>

Anexos

Anexo 1: CTQ-SF Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve

CTQ-SF Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve

(Bernstein et al., 2003; trad. e adapt., Dias et al., 2013)

Encontra abaixo um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida

Na minha infância e juventude...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Eu não tinha comida suficiente.					
2 Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3 As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.)					
4 Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam					
5 Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante					
6 Tinha que usar roupas sujas					
7 Senti-me amado(a).					
8 Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9 Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.					
10 A minha família parecia quase perfeita.					
11 Na minha família batiam-me tanto que me					

deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.					
12 Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.					
13 As pessoas da minha família cuidavam umas das outras					
14 Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam					
15 Acredito que fui fisicamente maltratado.					
16 Tive uma ótima infância.					
17 Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.					
18 Sentia que na minha família alguém me odiava.					
19 As pessoas da minha família eram unidas.					
20 Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente.					
21 Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22 Tive a melhor família do mundo.					
23 Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.					
24 Alguém me assediou.					
25 Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.					
26 Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.					
27 Acredito que fui abusado sexualmente.					
28 A minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Anexo 2: Índice de Reactividade Interpessoal Marc Davis 1980 Adaptação Portuguesa

Índice de Reactividade Interpessoal

Marc Davis, 1980¹ - Adaptação portuguesa de Teresa Limpo, Rui Alves e São Luís Castro, 2010²

Sexo: Masculino Feminino	Idade: _____
-----------------------------	--------------

As afirmações seguintes referem-se a pensamentos ou sentimentos que poderá ter tido em diversas situações. Indique em que medida cada uma delas se aplica a si, escolhendo o número apropriado da escala abaixo: **0, 1, 2, 3, ou 4**, em que **0** é “Não me descreve bem” e **4** é “Descreve-me muito bem”. Leia atentamente cada afirmação antes de responder no espaço correspondente. Por favor responda com a maior franqueza possível. Obrigado.

0	1	2	3	4
Não me descreve bem				Descreve-me muito bem

- _____ 1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu.
- _____ 2. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros.
- _____ 3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas.
- _____ 4. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.
- _____ 5. Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva.
- _____ 6. Habitualmente mantenho a objectividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo.
- _____ 7. Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão.
- _____ 8. Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.
- _____ 9. Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas.

¹Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

²Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8, 171-184. www.fpce.up.pt/labfala ; labfala@fpce.up.pt

vire, por favor

0	1	2	3	4
Não me descreve bem				Descreve-me muito bem

- _____ 10. É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme.
- _____ 11. Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma.
- _____ 12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito.
- _____ 13. Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens.
- _____ 14. Estar numa situação emocional tensa assusta-me.
- _____ 15. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências.
- _____ 16. Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer.
- _____ 17. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos.
- _____ 18. Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole.
- _____ 19. Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.
- _____ 20. Tendo a perder o controlo em situações de emergência.
- _____ 21. Quando estou aborrecido/aborrecida com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento.
- _____ 22. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo.
- _____ 23. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido/perdida.
- _____ 24. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.

Anexo 3: Autorização do Diretor de Serviço de Psicologia

RE: Dissertação do 6 ano

Eduardo Manuel Neves Oliveira Carqueja <eduardo.carqueja@ulssjoao.min-saude.pt>
qui, 21/03/2024 10:30

Para: Luhan Lin <linluhan90@live.com>; Luhan Lin <linluhan90@live.com>



Eduardo Manuel Neves Oliveira ... reacted to your message:

Exmo. Sr. Dr. Eduardo Carqueja,
Muito obrigado, eu farei isso como solicitou.
Com os melhores cumprimentos,
Luhan Lin

De: Eduardo Manuel Neves Oliveira Carqueja
<eduardo.carqueja@ulssjoao.min-saude.pt>

Enviado: 21 de março de 2024 09:14

Para: Luhan Lin <linluhan90@live.com>

Cc: Vania Goncalves

<vania.goncalves@ulssjoao.min-saude.pt>

Assunto: RE: Dissertação do 6 ano

Bom dia es mado Luhan Lin

Agradeço o seu cuidado em me contactar.
Pode utilizar esses dados e apenas lhe peço que mencione que os dados foram facultados
pela Dra. Vânia. Aproveito para lhe desejar os maiores sucessos.
Com os melhores cumprimentos

Eduardo Carqueja

Diretor do Serviço de Psicologia

Psychology Service Director

Cédula Profissional 857

M: [+351 964 027 280](tel:+351964027280)

T: [+351 225 512 100](tel:+351225512100)



CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ULS São João

Alameda Professor Hernâni

Monteiro 4200-319 Porto

www.chsj.pt

De: Luhan Lin <linluhan90@live.com>

Enviado: 20 de março de 2024 14:37

Para: Eduardo Manuel Neves Oliveira Carqueja

<eduardo.carqueja@ulssjoao.min-saude.pt> **Assunto:** Dissertação do 6 ano

Exmo. Sr. Dr. Eduardo Carqueja,

Espero que este email o encontre bem. Sou aluno do 6º ano da Fmup e chamo-me Luhan Lin. Venho por este meio informá-lo sobre um projeto que recentemente concluí e solicitar a sua orientação.

Utilizei os dados da consulta da Dra. Vânia para elaborar a minha tese final, intitulada "O Papel do Trauma Infantil e Empatia em Doentes Borderline: Estudo numa Amostra Clínica".

Peço desculpa pelo lapso de não o ter informado mais cedo sobre este assunto.

Gostaria de esclarecer que os dados utilizados consistem apenas nos questionários de trauma infantil e no índice de reatividade interpessoal. Importa salientar que esses dados não incluem qualquer identificação pessoal, como números de processo clínico ou informações sensíveis dos doentes, estando completamente anonimizados.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e orientação sobre este assunto. Fico ao seu dispor para fornecer quaisquer informações adicionais que possam ser necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

Luhan Lin

Anexo 4: Parecer da Comissão de Ética do CHUSJ


REPÚBLICA PORTUGUESA


SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE


UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOÃO


SÃO JOÃO


CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS

COMISSÃO DE ÉTICA DO CHUSJ

Unidade Local de Saúde de São João

PARECER

É solicitado parecer a esta Comissão de Ética por Luhan Lin, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, sobre a utilização de dados secundários provenientes de inquéritos realizados anteriormente no âmbito de projeto aprovado por esta CE, para a realização de projeto de investigação académico.

Os inquéritos utilizados para extração dos dados não contêm qualquer identificação ou informação pessoal.

Não se levantam, pois, objecções de cariz ético a esta utilização de dados secundários, para a realização deste projeto de investigação.

Porto, 17 de maio de 2024

O Presidente da CE, 

Prof. Doutor Manuel Vaz da Silva

MF/Registo Comercial n.º 509 821 197 Capital Estatutário 10 000 000,00 Euros

ULS São João Hospital Universitário de São João - Porto | Valongo | Cuidados de Saúde Primários Maia | Valongo | Cuidados de Saúde Primários Porto Oriental

REC-400019