



EVENTOS TRAUMÁTICOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA COMO FATOR ASSOCIADO A TRANSTORNOS DO HUMOR: uma perspectiva psicanalítica

CAROLINA MARQUES QUINELLATO¹
IGOR MARANGON²
MARLI CHIARANI³

RESUMO: Os quadros clínicos de Transtorno do Humor apresentados por pacientes que procuram atendimento psicoterápico têm aumentado, o que pode estar relacionado a diversos fatores desencadeadores, entre eles eventos traumáticos na infância. Entretanto, mesmo diante de uma demanda significativa, torna-se necessária uma análise cuidadosa dos antecedentes que influenciam no diagnóstico. A importância de compreender a origem dos fatores que desencadeiam os Transtornos do Humor consiste em possibilitar melhor entendimento acerca do manejo psicológico adequado, assim como estimular reflexão crítica sobre os desafios relacionados ao atendimento dessa demanda de maneira condizente com a realidade vivida pelo paciente, visando ao aprimoramento das técnicas empregadas pelos profissionais de saúde mental no tratamento do público adulto, cuja diversidade de experiências impacta diretamente o bem-estar mental e emocional. O objetivo geral foi investigar a relação entre eventos traumáticos na primeira infância e o desencadeamento de Transtornos do Humor, descrevendo os impactos dos traumas infantis no desenvolvimento psicossocial segundo a Psicanálise, conceituando Transtorno do Humor e identificando como a Psicologia atua no manejo psicológico diante do diagnóstico sob a perspectiva psicanalítica. Dessa forma, realizou-se uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, abrangendo publicações em teses, dissertações, artigos e livros, com recorte temporal de 1980 a 2024, utilizando instrumentos como *Google Acadêmico*, *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)*, livros e artigos acadêmicos. A amostra foi composta por 71 referências bibliográficas. A presente pesquisa discutiu a clínica psicanalítica articulada aos eventos traumáticos na primeira infância e sua relação com os Transtornos do Humor, compreendeu o processo psicodiagnóstico e o uso de técnicas assertivas no desenvolvimento terapêutico e evidenciou a importância de identificar a origem da demanda psicológica de um indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Psicodiagnóstico; Trauma.

TRAUMATIC EVENTS IN EARLY CHILDHOOD AS A FACTOR ASSOCIATED WITH MOOD DISORDERS: a psychoanalytic perspective

ABSTRACT: There has been an observable increase in clinical cases of Mood Disorders among patients seeking psychotherapeutic care, which may be linked to various triggering

¹ Acadêmica de Graduação, Curso de Psicologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: carolquinellato@icloud.com

² Professor Mestre em Letras, Curso de Psicologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: igor.marangon5@hotmail.com

³ Professora Mestra em Letras, Curso de Psicologia, Centro Universitário Fasipe - UNIFASIFE. Endereço eletrônico: marli.chiarani@edu.mt.gov.br



factors, including traumatic events in childhood. However, despite the growing demand, a careful analysis of the antecedents influencing the diagnosis is essential. Understanding the origin of the triggering factors of Mood Disorders is crucial in providing a deeper insight into appropriate psychological management, as well as fostering a critical reflection on the challenges of addressing the demand in a way that aligns with the patient's lived reality. This aims to enhance the techniques employed by mental health professionals in treating adult individuals who face a diversity of factors impacting their mental and emotional well-being. The general objective of this study was to investigate the relationship between traumatic events in early childhood and the onset of Mood Disorders, describing the impacts of childhood trauma on psychosexual development according to Psychoanalysis, conceptualizing Mood Disorders, and identifying how Psychology contributes to psychological management under a psychoanalytic perspective. To this end, a qualitative bibliographic research was conducted, analyzing theses, dissertations, articles, and books published between 1980 and 2024, using sources such as Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), academic books, and peer-reviewed articles. The sample was composed of 71 bibliographic references. This research discussed the psychoanalytic clinical approach related to traumatic events in early childhood and their association with Mood Disorders. It examined the psychodiagnostic process and the use of assertive techniques in therapeutic development, highlighting the importance of identifying the origin of an individual's psychological demands.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Psychodiagnosis; Trauma.

1 INTRODUÇÃO

A etiologia dos transtornos mentais representa um dos assuntos mais debatidos na contemporaneidade, buscando-se compreender quais fatores podem ser considerados preditores de vulnerabilidade nos indivíduos. Sabe-se que a exposição a traumas na primeira infância, como negligência e abuso físico, emocional e sexual, pode estar relacionada ao desenvolvimento de Transtornos do Humor, vivências extremamente complexas na vida adulta, mas que, quando ocorridas no início da vida, acarretam danos irreversíveis (Manoli et al., 2023).

Para Pires e Miyazaki (2005), os maus-tratos são divididos em negligência física, educacional, emocional, abandono, sevícias e abuso físico, psicológico e sexual. Segundo as autoras, constituem as principais causas de morte na faixa etária de cinco a dezenove anos no Brasil. Além da mortalidade, tais situações estão intimamente relacionadas a transtornos mentais na vida adulta. Nesse sentido, o trauma na infância tem sido apontado por autores como Alloy et al. (2006) como fator associado ao Transtorno do Humor.

Laplanche e Pontalis (1996) consideram que o trauma está associado a acontecimentos que envolvem uma quantidade de excitação que supera a capacidade do indivíduo de tolerar e elaborar psiquicamente. De acordo com a *Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11)*, os Transtornos do Humor correspondem a um conjunto subordinado de transtornos bipolares e transtornos depressivos.

Assim, destacam-se, frente ao contexto traumático, o Transtorno Afetivo Bipolar e o Transtorno Depressivo. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é caracterizado por oscilações significativas do humor entre polos de euforia (*mania*) e depressão (Sadock; Sadock, 2007). Já o Transtorno Depressivo, conforme a *CID-11*, é marcado por humor depressivo, com momentos de tristeza, irritabilidade e sensação de vazio, perda de prazer, além de sintomas neurovegetativos, cognitivos e comportamentais que resultam em alteração significativa da



capacidade funcional do indivíduo.

A problemática abordada refere-se ao trauma na primeira infância, especialmente em situações de negligência e abuso, cujas consequências tendem a se manifestar em diversas dimensões e etapas do desenvolvimento do indivíduo. A primeira infância compreende o período que inicia no pré-natal e se estende até o sexto ano de vida, fase essencial para o desenvolvimento humano. É necessário estruturar práticas voltadas a essa etapa para ampliar a compreensão sobre a dimensão em que as experiências vivenciadas nesse período influenciam o desenvolvimento cerebral, seja de forma prejudicial ou benéfica (Shonkoff, 2011).

Apesar de diferentes estudos apontarem para uma relação entre Transtornos do Humor e trauma na infância, ainda há carência de informações que esclareçam as especificidades e consequências decorrentes dessa associação e suas implicações (Heim; Nemeroff, 2001).

Diante da necessidade de compreender o contexto em que o trauma na primeira infância produz efeitos que se estendem ao longo do ciclo vital, impõe-se investigar a incidência desses transtornos na população, considerando que adultos com sintomas de humor apresentam maior probabilidade de negligenciar sua problemática como resultado desses traumas (Beard; Galea; Vlahov, 2008).

Com o propósito de compreender os Transtornos do Humor diante de eventos traumáticos na primeira infância, os objetivos deste estudo direcionaram-se a compreender os impactos dos traumas infantis no desenvolvimento psicosssexual segundo a Psicanálise, conceituar Transtorno do Humor, descrever o Transtorno Afetivo Bipolar e o Transtorno Depressivo, identificar como a Psicologia pode atuar no manejo psicológico diante do diagnóstico de Transtorno do Humor sob a perspectiva psicanalítica e analisar o papel dos profissionais de saúde em casos de negligência e violência infantil.

Para tanto, o artigo organiza-se em cinco seções: a Introdução, que apresenta a proposta do estudo; a Revisão de Literatura, na qual são abordados brevemente os principais conceitos que fundamentam a pesquisa, incluindo o entendimento da Psicanálise e das técnicas utilizadas, do Desenvolvimento Psicosssexual, dos Traumas na Infância e dos Transtornos do Humor; a seção de Materiais e Métodos, que descreve o procedimento metodológico adotado; os Resultados e Discussões; e, por fim, as Considerações Finais, que sintetizam os resultados alcançados e suas implicações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Psicanálise

De acordo com Brenner (1987), a Psicanálise é uma disciplina científica estabelecida por Sigmund Freud, que deu origem a teorias baseadas em dados de observação e voltadas à ordenação e explicação desses dados. A teoria psicanalítica constitui um conjunto de hipóteses sobre o funcionamento e o desenvolvimento da mente humana, reunindo contribuições essenciais para a compreensão da psicologia do homem. Na perspectiva freudiana, citada por Breviglieri (2018), é mais relevante conhecer aquilo que está além do que se sabe em determinado estado de coisas do que o que é acessível à consciência.

Desde o início, a Psicanálise se diferenciou do pensamento psicológico dominante quanto aos objetivos, aos objetos e aos métodos de estudo. Sendo o comportamento atípico seu objeto de investigação, anteriormente negligenciado por outras escolas, seu método primário não é o experimento laboratorial controlado, mas a observação clínica. A



Psicanálise é orientada para o inconsciente, um tópico relativamente ignorado por outros sistemas de pensamento (Schultz; Schultz., 2012).

De acordo com Brenner (1987), Freud descobriu que os fenômenos mentais inconscientes podiam ser classificados em dois grupos distintos. O primeiro envolvia pensamentos e lembranças que, embora inconscientes, poderiam tornar-se conscientes mediante relativo esforço de atenção. Esses elementos psíquicos, de acesso mais fácil à consciência, foram denominados pré-conscientes, abrangendo qualquer pensamento que, em um dado momento, possa tornar-se consciente. O segundo grupo consistia em elementos psíquicos que, mesmo com esforço considerável, dificilmente alcançavam a consciência, sendo impedidos por uma força intensa que precisava ser superada.

Para esse segundo grupo, Freud reservou o termo *inconsciente*, apontando que esses conteúdos exerciam influência significativa no funcionamento mental, mesmo não sendo acessíveis, podendo ser comparáveis aos conscientes em complexidade e precisão (Brenner, 1987).

Para Brenner (1987), as hipóteses da teoria psicanalítica são inter-relacionadas. Entre elas, destacam-se o princípio do determinismo psíquico, ou da causalidade, e a proposição de que a consciência é um atributo excepcional, e não uma característica predominante dos processos psíquicos. Dessa forma, os processos mentais inconscientes possuem grande relevância.

O sentido do determinismo psíquico é o de que nada ocorre por acaso ou de forma eventual. Cada evento psíquico é determinado por outros que o antecederam. Os fenômenos mentais não existem sem conexão causal com os que os precederam, assim como ocorre com os fenômenos físicos. Assim, a descontinuidade na vida mental não existe (Brenner, 1987).

2.2 Desenvolvimento Psicosssexual

As pulsões sexuais, para Nasio (1999), são múltiplas, povoando o território do inconsciente, e sua existência abrange desde o estado embrionário até o fim da vida, apresentando suas manifestações mais significativas nos cinco primeiros anos da infância.

Conforme Nasio (1999), Freud divide a pulsão sexual em quatro elementos distintos: a fonte, a força, o objeto e o objetivo. No percurso em direção ao objetivo ideal, a pulsão recorre a um objeto, que pode ser uma coisa ou uma pessoa, sempre investido de fantasia. Nesse sentido, compreende-se que os atos substitutivos por meio dos quais as pulsões sexuais se manifestam são estruturados em torno de objetos fantasiosos e constituídos dentro de formações imaginárias.

Na história das pulsões sexuais infantis, podem ser identificadas três fases distintas, definidas pela zona erógena predominante: a fase oral, em que a boca é a zona dominante; a fase anal, centrada no ânus; e a fase fálica, na qual o órgão genital masculino se torna o foco (Nasio, 1999).

De acordo com Nasio (1999), a fase oral corresponde aos primeiros seis meses de vida do bebê, período em que a boca é a zona erógena responsável por proporcionar o prazer da sucção mediante o movimento ritmado da língua, dos lábios e do palato, indo além da mera satisfação alimentar. A pulsão oral não se reduz a uma relação única com o alimento; o prazer fundamental é exercer a sucção, permitindo que a boca se contraia e relaxe sucessivamente.

A fase anal ocorre aproximadamente entre o segundo e o terceiro ano de vida e é caracterizada pelo papel simbólico das fezes como objeto de desejo das pulsões anais. Nessa etapa, é essencial distinguir o prazer orgânico da defecação, vinculado à satisfação de uma necessidade fisiológica, do prazer decorrente da retenção fecal, que pode culminar



em uma liberação súbita e carregada de excitação. A mucosa anal torna-se uma zona erógena estimulada por um ritmo específico de contração, associado à retenção, e de dilatação, relacionado à evacuação (Nasio, 1999).

A fase fálica se estende dos três aos cinco anos e precede o estágio final do desenvolvimento sexual. Entre essa fase e a organização genital propriamente dita, que surge na puberdade, intercala-se um período denominado *latência*, no qual as pulsões sexuais são inibidas (Nasio, 1999). Considera-se que a infância ocorre desde o nascimento até o Período de Latência, etapa intermediária entre a infância e a puberdade (Nunes *et al.*, 2006).

Brenner (1987) conclui que a fase adulta é denominada genital, distinguindo-se da fase fálica não apenas pelo nome, mas também pela substância, uma vez que a capacidade para o orgasmo é adquirida, geralmente, apenas na puberdade. Especificamente, as fases oral e anal são usualmente classificadas como pré-genitais ou, de forma mais precisa, pré-fálicas.

2.3 Traumas na Infância

Segundo Zimerman (1999), o conceito de “trauma” aparece na literatura psicanalítica com diversos significados, sendo muitas vezes equivalente ao termo “desamparo”, apesar da terminologia distinta. A noção de trauma remete a um conceito essencialmente econômico da energia psíquica, caracterizado por uma frustração que produz uma injúria ao ego, o qual não consegue processá-la e retorna a um estado de desamparo.

Nos primórdios, o conceito de trauma esteve restrito às manifestações cometidas aos órgãos genitais da criança. Posteriormente, Freud ampliou essa conceituação, passando a incluir traumas mais ocultos, relacionados a vivências de abandono, separações traumáticas, medo de perder o amor de pessoas significativas, entre outros. Esses traumas tendem a permanecer represados no ego infantil, formando núcleos latentes de sofrimento psíquico. Assim, eventos posteriores aparentemente insignificantes podem reativar essas representações traumáticas, desencadeando reações de desamparo e estados de pânico que se mostram desproporcionais ao estímulo atual (Zimerman, 1999).

Para Zimerman (1999), os acontecimentos externos traumáticos são, em geral, administrados pelo ego do indivíduo por meio de uma elaboração gradual, marcada pela repetição de sonhos traumáticos, o que evidencia que nem todos os sonhos representam satisfação de desejos, mas tentativa de elaboração de angústias. Dessa forma, todos os traumas estão vinculados à violência cometida contra o ser humano, frequentemente de maneira velada e sutil. Essa compreensão inclui a violência contra a autonomia da criança por pais ou educadores que invadem sua mente com crenças, valores, desejos e expectativas próprias, elementos que podem persistir ao longo da vida.

Para Freud (1920/2006), traumáticas são quaisquer excitações externas suficientemente intensas para atravessar o escudo protetor. Um trauma externo é capaz de produzir um distúrbio significativo no funcionamento da organização do aparelho psíquico, mobilizando todas as energias defensivas.

Freud (1939/1976) descreve o trauma como impressões de vivências precoces às quais é atribuída grande relevância para a etiologia das neuroses, sendo os sintomas consequências dessas impressões reconhecidas como traumas etiológicos. É necessário reconhecer que, na base da formação do sintoma, encontram-se impressões traumáticas provenientes da vida sexual precoce (Freud, 1923/1989c).



2.4 Transtorno do Humor

De acordo com Demetrio e Minatogawa (2013), os Transtornos do Humor ou Afetivos são aqueles que têm como sintoma principal a alteração do humor ou do afeto, da energia e do modo de se comportar, sentir e pensar, podendo manifestar-se em crises únicas ou recorrentes, alternando ao longo da vida entre episódios de depressão ou mania. Não se considera Transtorno do Humor quando tais alterações são provocadas por outra doença ou medicação, configurando, nesses casos, um sintoma secundário ou consequência do uso de fármacos. É necessário compreender as dimensões biológicas, físicas e socioculturais para investigar as causas que desencadeiam o Transtorno do Humor, já que explicações isoladas não justificam seu surgimento.

Os Transtornos do Humor infringem o critério de normalidade em relação à intensidade, duração e qualidade do estado emocional, que nem sempre se mostram condizentes com a situação vivenciada (Hockenbury.; Hockenbury, 2003).

De acordo com o *DSM-V*, os Transtornos do Humor englobam um conjunto de condições clínicas que incluem os transtornos depressivos, os transtornos afetivos e as neuroses depressivas. Segundo Demetrio e Minatogawa (2013), os quadros mais severos podem estar ou não acompanhados de delírios e alterações na consciência do eu. Esses transtornos costumam evoluir em fases, sendo que, nos intervalos entre os episódios, o paciente pode recuperar sua integridade psíquica anterior ao adoecimento. Nos casos de Transtorno do Humor unipolar, observa-se a manifestação de episódios de mania ou depressão isoladamente, pois a alteração do humor permanece restrita a um único polo. Já a alternância entre episódios depressivos e maníacos caracteriza o Transtorno Bipolar.

Conforme a *CID-11*, os Transtornos do Humor compreendem um grupo amplo de condições que incluem os Transtornos Depressivos e os Transtornos Bipolares. Essa classificação é realizada com base nos tipos de episódios de humor apresentados (depressivos, maníacos, hipomaníacos ou mistos) e no padrão de recorrência desses episódios ao longo do tempo. Importa destacar que tais episódios, por si só, não constituem diagnósticos independentes, mas componentes essenciais para o diagnóstico dos Transtornos do Humor.

Segundo Zavaschi *et al.* (2006), há achados que documentam uma associação entre Transtornos do Humor na vida adulta e violência na infância, especialmente em pacientes com mania.

2.5 Transtorno Afetivo Bipolar

A *CID-11* classifica os Transtornos Bipolares como transtornos do humor de natureza episódica, caracterizados pela presença de episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos. Esses episódios tendem a alternar-se com episódios depressivos ou com períodos marcados por sintomas depressivos, configurando um padrão cíclico próprio da condição.

Conforme o *DSM-V*, os critérios diagnósticos para o Transtorno Bipolar tipo I refletem a concepção contemporânea do antigo transtorno maníaco-depressivo, ou psicose afetiva, descrito originalmente no século XIX. O Transtorno Bipolar tipo II, por sua vez, requer a ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhados de pelo menos um episódio hipomaníaco. Já o Transtorno Ciclotímico é diagnosticado em adultos que, ao longo de pelo menos dois anos (ou um ano, no caso de crianças), apresentam oscilações entre episódios de sintomas hipomaníacos e sintomas depressivos leves.

Ainda segundo o *DSM-V*, o Episódio Maníaco é caracterizado por um período de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de uma semana, presente durante grande parte do dia, associado a sintomas como fuga de



ideias, autoestima inflada e redução da necessidade de sono. O Episódio Hipomaníaco apresenta sintomas semelhantes, porém com duração mínima de quatro dias consecutivos, acompanhado de mudança perceptível no funcionamento, embora sem prejuízo social significativo. Já o Episódio Depressivo Maior é caracterizado pela presença de sintomas específicos durante, no mínimo, duas semanas, entre eles acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades, humor deprimido na maior parte do dia, alteração significativa de peso, insônia ou hipersonia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e pensamentos recorrentes de morte.

Segundo Ghaemi, Ko e Goodwin (2002), é difícil identificar manifestações mais leves dos sintomas maníacos, pois os pacientes tendem a relatar apenas os sintomas depressivos, que são mais frequentes ao longo da vida. Os sintomas maníacos, por sua vez, são comumente percebidos como períodos de bem-estar ou remissão, e não como indicadores de um transtorno.

De acordo com Barlow (2016), a característica fundamental do Transtorno Bipolar é a oscilação entre o extremo baixo e o extremamente alto, decorrente de uma desregulação do afeto e do estado de humor. Pacientes em episódio maníaco apresentam humor eufórico ou irritável, ativação comportamental intensa, engajamento em atividades de alto risco e funcionamento cognitivo alterado, com fuga de ideias e aceleração do pensamento, usualmente por mais de uma semana. Para que o diagnóstico seja estabelecido, é necessário que haja evidências de prejuízo significativo no funcionamento psicossocial, indicação de hospitalização ou presença de características psicóticas, conforme os critérios descritos no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)*.

2.6 Transtorno Depressivo

Os Transtornos Depressivos, conforme classificados pela *CID-11*, são caracterizados por humor depressivo (triste, irritável ou vazio) ou pela perda de prazer, acompanhados de outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que comprometem a capacidade de funcionamento do indivíduo. O diagnóstico de Transtorno Depressivo não deve ser realizado quando houver episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, pois tais sinais indicam a presença de um Transtorno Bipolar.

De acordo com o *DSM-V*, as características comuns do Transtorno Depressivo incluem humor triste, vazio ou irritável, associado a alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade funcional do indivíduo. O Transtorno Depressivo Maior representa a forma clássica desse grupo, sendo caracterizado por episódios distintos com duração mínima de duas semanas e por alterações significativas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas, com períodos de remissão entre os episódios. Em contraposição, o Transtorno Depressivo Persistente (ou Distímia) apresenta-se como uma forma mais crônica de depressão, caracterizada por perturbação prolongada por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças.

Para Gabbard (1998), o ego do indivíduo depressivo é desprovido de valor, esperando ser expulso e punido. Fortes aspectos narcísicos marcam o modo de relação objetal do depressivo (Fenichel, 2000). Segundo Roudinesco (2000), o sofrimento psíquico manifesta-se sob a forma de tristeza, apatia e depressão, que atingem simultaneamente corpo e alma.

Segundo Fédida (2002), a depressão é um afeto caracterizado pela alteração da percepção do tempo, pela ruptura da comunicação intersubjetiva e pelo empobrecimento da subjetividade, sendo também marcada por uma falha no simbolismo da falta.

Consideram-se três tipos principais de depressão. A depressão atípica, também



chamada de neurótica, costuma surgir a partir de conflitos internos ou externos e, geralmente, não apresenta boa resposta ao uso de medicamentos. A depressão endógena, por sua vez, tem origem orgânica e aparece com sintomas típicos, podendo ser unipolar ou bipolar. Embora tenha base biológica, pode ser desencadeada por fatores ambientais e tende a responder bem ao tratamento medicamentoso, especialmente quando combinado à terapia analítica. Já a distímia refere-se a uma forma crônica de depressão. É importante distinguir a depressão propriamente dita de quadros clínicos semelhantes. Seus sintomas podem variar de leves a graves, podendo inclusive envolver delírios psicóticos (Zimerman, 1999).

2.7 Contribuições de Manejo Psicológico na Psicanálise

Segundo Zimerman (1999), os psicanalistas têm sido cada vez mais procurados por pacientes que apresentam um grau acentuado de regressão. Nesses casos, trabalhar apenas os conflitos como resultados do embate entre as pulsões e as defesas não é suficiente, sendo necessário lidar com os déficits no desenvolvimento emocional primitivo que ocasionaram experiências psicológicas de desamparo, vazios existenciais e deficiências na capacidade do ego.

Fuchesatto (2011) afirma que acessar conteúdos inconscientes por meio da fala permite que o paciente entre em contato com a pulsão de morte, possibilitando que conteúdos reprimidos encontrem uma via de saída e possam ser ressignificados. Para Talento (2016), é possível compreender o sujeito a partir de sua singularidade; por isso, a escuta psicanalítica se configura predominantemente de maneira singular para cada indivíduo. O sujeito pode se recuperar de experiências traumáticas, conferindo a elas um lugar psíquico (Maia, 2003). Para Justus (2003), a clínica psicanalítica se atém ao discurso cotidiano; o analista direciona sua escuta às lacunas discursivas, que revelam manifestações do inconsciente e possibilitam a emergência de novo material.

Maia (2003) afirma que o *setting* terapêutico é um espaço adequado para favorecer o surgimento de afetos corrompidos pela força traumática no paciente. Ao verbalizar suas angústias, o paciente permite que o analista, por meio da escuta ativa e da atenção flutuante, contribua para o cuidado da dor e do sofrimento (Coelho, 2002).

Para Zimerman (1999), o analista exerce a função de promover uma alfabetização emocional, pois a experiência clínica demonstra que pacientes regredidos vivenciam como verdadeiros traumas e, conseqüentemente, como desamparo, frustrações que despertam vivências marcadas por separações ou privações afetivas.

Para isso, é necessária a existência do *setting* terapêutico, que resulta de um conjunto de regras e combinados estabelecidos no contrato analítico e que viabilizam e normatizam o processo psicanalítico. O *setting* constitui um novo espaço no qual o paciente, por meio do vínculo transferencial, reproduz aspectos infantis revisitados em velhas e novas experiências emocionais (Zimerman, 2008).

Para compreender o manejo psicanalítico, é fundamental destacar alguns conceitos centrais. A resistência refere-se à forma como o paciente revela, de maneira indireta, a estrutura de seu mundo interno e os modos pelos quais interage com a realidade externa. A transferência representa a repetição de antigas necessidades e afetos dirigidos ao analista, como tentativa inconsciente de reviver e ressignificar experiências passadas. Por sua vez, a contratransferência diz respeito às reações emocionais do analista diante do paciente, que emergem durante o processo analítico (Zimerman, 2008).

2.8 O Uso das Técnicas Projetivas na Clínica Psicanalítica

Para Donoghue (2000), as Técnicas Projetivas utilizam estímulos não estruturados



sobre os quais ocorre a projeção da personalidade, das opiniões, das atitudes e do autoconceito pelo sujeito, com o propósito de oferecer material para a construção de uma estrutura.

O conceito de “projeção” advém da Psicanálise, sendo definido por Freud como o desconhecimento, por parte do sujeito, de emoções e desejos que não foram aceitos como seus, parcialmente inconscientes, cuja existência é atribuída à realidade externa. Trata-se, portanto, de uma defesa egóica por meio da qual o indivíduo atribui a outros características consideradas negativas de sua própria personalidade (Anzieu, 1978).

Augras (1998) afirma que os métodos projetivos trabalham com a *Livre Associação* como forma interpretativa do indivíduo, evidenciando que aquilo que emerge no sujeito não ocorria ao acaso, pois tudo possuía significado.

Assim, no processo de projeção, um conteúdo psíquico interno é reprimido e, em seu lugar, surge na consciência uma versão deformada desse mesmo conteúdo, que passa a ser percebido como pertencente ao exterior (Freud, 1911/1948). Contudo, Abt e Bellak (1967) ressaltam a importância de considerar a validade e a confiabilidade dos procedimentos projetivos sob uma perspectiva distinta daquela aplicada aos testes psicométricos tradicionais.

Segundo Buck (2003), o *H.T.P. (House – Tree – Person)* é um instrumento utilizado para obter informações sobre a forma como o indivíduo vivencia sua individualidade em relação ao ambiente doméstico e às outras pessoas. Trata-se de uma técnica sistematizada que fornece diversas respostas. Como toda técnica projetiva, o *H.T.P.* estimula a projeção de elementos da personalidade, especialmente de áreas conflituosas no contexto terapêutico (Buck, 2003). Essa característica permite identificar tais conflitos, compreender os interesses gerais do indivíduo, reconhecer aspectos específicos do ambiente percebidos como problemáticos e estabelecer o *rapport* entre paciente e terapeuta.

No *H.T.P.*, os desenhos podem atuar como facilitadores na projeção de aspectos da personalidade de maneira inconsciente e catártica, permitindo a expressão de conteúdos considerados inaceitáveis ou não reconhecidos pelo indivíduo. Por exemplo, uma pessoa que apresenta traços agressivos, mas não os reconhece ou aceita, pode produzir um desenho contendo elementos que indicam essas características agressivas (Machover, 1949/1974).

Segundo Tardivo (2017), crianças e adolescentes tendem a revelar seus principais conflitos, bem como suas fantasias relacionadas à cura e à enfermidade, com maior facilidade por meio do desenho do que pela comunicação verbal. Grassano (1996) compreende a produção projetiva como uma criação que expressa a forma pela qual o indivíduo estabelece contato com a realidade interna e externa, constituindo-se como resultado de uma síntese pessoal.

2.9 O Uso das Técnicas Projetivas em Crianças que Vivenciaram Violência

Okino *et al.* (2016) afirmam que, para uma melhor compreensão da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Azevedo e Guerra (1998) apresentam os seguintes pressupostos: trata-se de um fenômeno endêmico, presente de forma contínua em diversas sociedades; nenhuma classe social, religião ou etnia está isenta dessa violência; não é exclusividade da pobreza; é estatisticamente significativo e não marginal. Além disso, pode envolver várias gerações em sua reprodução de maneira cíclica, caracterizando-se pela reiteração.

De forma geral, a violência doméstica configura-se como uma forma de violência subjetiva e interpessoal, na qual o adulto ultrapassa seu papel disciplinador ao negar e negligenciar as necessidades e os direitos da criança, restringindo sua liberdade e



reduzindo-a à condição de mero objeto dos desejos adultos (Okino *et al.*, 2016).

Nesse contexto, as técnicas projetivas constituem uma via de expressão importante para crianças e adolescentes, pois facilitam a manifestação de conteúdos sobre os quais a própria criança ainda não possui controle consciente. Assim, essas técnicas podem favorecer a comunicação das experiências relacionadas à violência doméstica, permitindo que o sujeito compartilhe suas vivências de forma mais acessível, mesmo quando não há domínio completo sobre o que é expresso (Okino *et al.*, 2016).

Técnicas projetivas menos estruturadas, como desenhos, jogos e brincadeiras, são ferramentas valiosas na avaliação, pois estimulam a associação livre e auxiliam na compreensão da dinâmica interna da criança por meio do lúdico. Esse é o meio pelo qual a criança expressa suas fantasias e conflitos inconscientes, possibilitando ao profissional explorar as diversas formas de expressão e, posteriormente, compreender a realidade que se revela (Ocampo; Arzeno, 2009).

Azevedo, Guerra e Pinto Júnior (2003) ressaltam que, durante o processo investigativo, o papel do profissional, especialmente do psicólogo, é fundamental para avaliar a gravidade do acontecimento, seu impacto sobre a vítima e os demais membros da família, com ênfase na análise do risco e no funcionamento psíquico da vítima. No que se refere à identificação e à revelação de casos de violência doméstica, o psicodiagnóstico, utilizando todos os seus recursos, revela-se essencial para o encaminhamento adequado dessas situações.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, baseada na compilação de publicações científicas e trabalhos acadêmicos de graduação nas áreas da saúde e do desenvolvimento humano. A abordagem adotada é qualitativa, com foco na análise da literatura existente para aprofundar a compreensão da temática em questão. Conforme Gil (2002), a pesquisa bibliográfica fundamenta-se em materiais já publicados, especialmente livros e artigos científicos. Para Severino (2007), esse tipo de pesquisa é realizada por meio do exame de registros disponíveis, provenientes de investigações anteriores, utilizando-se de dados e categorias teóricas já estabelecidas e analisadas por outros pesquisadores.

A revisão foi conduzida seguindo etapas sistemáticas, que incluíram a identificação do tema, a formulação da questão de pesquisa e a definição dos objetivos; o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; a seleção dos estudos; a avaliação e análise dos resultados; bem como a discussão e apresentação das evidências extraídas dos artigos originais.

Para a obtenção de dados, os termos *Trauma Infantil e Desenvolvimento Psicosssexual; Psicologia; Psicanálise; Transtorno do Humor; Transtorno Afetivo Bipolar; Transtorno Depressivo* foram empregados na pesquisa em bancos de dados como *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, *PEPSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia)*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, *CAPES* e *Google Acadêmico*. Para esta pesquisa, foram analisados materiais publicados entre os anos de 1980 e 2024, agrupados em categorias distintas. A revisão vale-se principalmente de autores considerados relevantes que fundamentam a área específica, como Freud, Brenner, Zimmerman e Nasio.



4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O Processo Diagnóstico na Psicanálise

De acordo com McWilliams (2014), existem ao menos cinco benefícios relacionados ao processo de diagnóstico quando este é executado de maneira sensível e adequada após treinamento. Tais benefícios referem-se ao seu uso no planejamento do processo terapêutico, às suas implicações para o prognóstico, ao seu auxílio na proteção dos consumidores de serviços de saúde mental, ao seu valor em capacitar o terapeuta a manifestar empatia e à sua atuação na redução da probabilidade de indivíduos vulneráveis a distúrbios emocionais se esquivarem do tratamento.

Segundo Oliveira (2019), no psicodiagnóstico há um levantamento de hipóteses que o caracteriza como um processo científico. A partir dos dados iniciais, é possível estabelecer um plano de avaliação. Esse plano é fundamentado nas perguntas e hipóteses iniciais, que orientam o psicólogo quanto aos instrumentos a serem utilizados, bem como quanto ao momento e à forma de sua aplicação. Tudo isso deve estar sempre vinculado à história clínica e pessoal do sujeito, sendo guiado pelas hipóteses iniciais e pelos objetivos do psicodiagnóstico (Cunha, 2003).

Em sua obra *Estruturas e Clínica Psicanalítica*, Joël Dor (1991) afirma que o diagnóstico é uma ação de natureza médica com dois objetivos principais: a observação, que visa determinar a natureza da enfermidade por meio da semiologia e da investigação da etiologia; e a classificação, que posiciona a enfermidade dentro de um quadro patológico específico em uma nosografia, possibilitando o diagnóstico diferencial. A relevância desse processo reside em facilitar a escolha do tratamento mais adequado.

Antônio Quinet (2009) esclarece que o período inicial de ensaio analítico tem como função a instauração do diagnóstico diferencial, destacando a importante afirmação de Lacan de que não há início da análise sem a realização das entrevistas preliminares (Lacan *apud* Quinet, 2009). O diagnóstico em psicanálise, portanto, só se concretiza após esse tempo de tratamento, sendo mediado pelo vínculo transferencial estabelecido entre paciente e analista. Assim, compreende-se que o paciente é atravessado por sua subjetividade, e sua realidade psíquica será determinante na forma como ele interpreta o mundo (Oliveira, 2019).

De acordo com Oliveira (2019), Freud propõe uma nova concepção de sujeito ao fundar o inconsciente e relacionar seus movimentos à busca pela satisfação da energia pulsional, que se manifesta como o inconsciente em ação. O sintoma, portanto, consiste no caminho econômico encontrado pelo inconsciente para lidar com uma certa tensão. A clínica psicanalítica busca dar voz ao sujeito, em vez de simplesmente enquadrá-lo em uma patologia, investigando as raízes psíquicas de seus sofrimentos sem reduzi-lo à sintomatologia.

Na clínica analítica, o ato diagnóstico é, desde o início, um procedimento intencionalmente suspenso, sendo concebido como um processo em constante devir (Dor, 1991). É fundamental destacar que o sintoma resulta da inserção do sujeito na ordem da linguagem e, por esse motivo, a investigação diagnóstica deve transcender as queixas sintomáticas. Para Freud, o sintoma possui um sentido próprio para o sujeito e manifesta-se conforme suas experiências. Não apenas o significado dos sintomas é frequentemente inconsciente, como também há uma ligação indissociável entre o fato de serem inconscientes e a possibilidade de sua existência (Freud, 1916/1996).

4.2 Associação Entre o Trauma e o Transtorno do Humor

O trauma na infância é amplamente reconhecido como um importante fator de risco



para o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta, com destaque para os Transtornos do Humor, como a Depressão e o Transtorno Bipolar, que apresentam alta prevalência (Zavaschi, 2002). No entanto, a literatura brasileira ainda carece de estudos que estabeleçam essa associação de maneira clara, evidenciando a necessidade de mais pesquisas epidemiológicas que abordem a população nacional nesse contexto (Figueiredo, 2012).

Para Figueiredo (2012), uma das estratégias de prevenção e intervenção mais destacadas na literatura, no contexto de trauma decorrente de abuso ou negligência, é o treinamento adequado dos profissionais de saúde para a identificação precoce dessas situações de risco e maus-tratos.

A associação entre sintomas depressivos e Transtornos do Humor com trauma na infância é frequentemente observada em estudos clínicos, havendo correlação significativa entre experiências traumáticas e o desenvolvimento de transtornos como o Transtorno Distímico (ou Distímia), o Transtorno de Humor Bipolar I e uma tendência ao Transtorno de Humor Bipolar II (Figueiredo, 2012).

Além disso, a história familiar de Transtorno de Humor, embora relevante, pode ser menos preditiva do que a experiência de trauma infantil no desenvolvimento desses transtornos, conforme sugerido por Leverich e Post (2006). Isso implica que, para muitos indivíduos, a vivência de eventos traumáticos durante a infância pode exercer papel crucial no surgimento de Transtornos do Humor, como o Transtorno Bipolar, por exemplo (Figueiredo, 2012).

A pesquisa de Yan-Meier *et al.* (2011) indica que a história de trauma infantil pode afetar negativamente o prognóstico de pacientes com Transtorno Bipolar, especificamente aqueles em episódio maníaco. O trauma infantil está associado a atrasos na recuperação desses episódios e à redução de estratégias funcionais de enfrentamento, o que tende a agravar o quadro clínico e piorar o prognóstico. Isso sugere que as experiências traumáticas da infância não apenas influenciam o desenvolvimento de Transtornos do Humor, mas também podem prejudicar a capacidade do paciente de lidar com os episódios e dificultar o tratamento (Figueiredo, 2012).

Quanto à relação entre abuso e negligência emocional na infância e Transtornos Depressivos, como o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Distímico, Kaplan, Pelcovitz e Labruna (2009) destacam que existe associação significativa, especialmente quando o abuso ou negligência é perpetrado pela cuidadora materna. Isso implica que a experiência de negligência emocional e abuso por figuras parentais, em particular a mãe, pode representar importante fator de risco para o desenvolvimento desses transtornos.

Ademais, Mello *et al.* (2007) apontam que o trauma infantil pode modificar os sistemas de resposta ao estresse do indivíduo, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Esse processo altera a maneira como o sujeito lida com situações de estresse e pode aumentar a propensão ao surgimento de quadros depressivos ao longo da vida. Isso reforça a ideia de que experiências de abuso emocional e físico na infância não apenas constituem fatores de risco para Transtornos do Humor, como também desempenham papel crucial no agravamento e na complicação desses transtornos na vida adulta.

4.3 O Trauma Infantil Sexual e Seus Impactos

O desenvolvimento sexual infantil não ocorre de forma contínua e uniforme, mas sim de maneira oscilante, respeitando as particularidades de cada indivíduo, até se tornar mais evidente por volta dos três ou quatro anos de idade (Freud, 1905/2016).

Segundo Barcelos e Sousa (2024), o impacto do trauma sexual na infância sobre o



desenvolvimento psíquico é profundamente significativo. Freud aponta que esses traumas podem interromper as fases do desenvolvimento psicosssexual, levando a fixações que influenciam o indivíduo ao longo da vida adulta. Os traumas sexuais tendem a ser internalizados, gerando distorções na autoimagem e na percepção de si mesmo, frequentemente acompanhadas por sentimentos de culpa e inadequação (Freud, 1905/2016).

A compulsão à repetição, identificada por Freud nesses contextos, caracteriza-se pela tendência de o indivíduo reproduzir padrões destrutivos como tentativa inconsciente de processar o trauma original (Freud, 1905/2016). Esse comportamento representa uma forma de reviver o trauma, mantendo-o ativo na vida psíquica e dificultando o desenvolvimento de uma identidade saudável, bem como a construção de relações interpessoais satisfatórias.

Donald Winnicott, em *A Criança e o Seu Mundo*, analisa o impacto do ambiente no desenvolvimento infantil, destacando que, quando a criança enfrenta situações que comprometem seu senso de segurança, pode apresentar comportamentos defensivos e evitar relações sociais saudáveis (Winnicott, 1964/2008).

Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud propõe que o trauma e o sofrimento psíquico ativam mecanismos de defesa como estratégias protetivas do ego, destacando a repressão como um dos mais comuns para lidar com experiências dolorosas e traumáticas (Freud, 1905/2016). A repressão impede que lembranças traumáticas alcancem a consciência, mantendo essas experiências no inconsciente, onde podem influenciar o comportamento e desencadear sintomas (Barcelos; Sousa, 2024).

Freud sugere que os traumas sexuais na infância podem desorganizar as etapas do desenvolvimento psicosssexual, levando o indivíduo a desenvolver fixações e dificuldades na construção de relações afetivas e de uma identidade estável (Freud, 1905/2016). A angústia e a repressão geradas por esses traumas precoces influenciam a formação do ego, podendo resultar em sintomas neuróticos que refletem conflitos não resolvidos.

4.4 O Papel dos Profissionais de Saúde no Manejo de Violência Infantil

A violência e os maus-tratos geram impactos significativos nos sistemas de saúde e assistência social, ocasionando elevados custos econômicos e sobrecarga dos serviços públicos. A adoção de intervenções adequadas e o manejo eficiente dessas situações são essenciais para minimizar esses efeitos, favorecer a recuperação das vítimas e prevenir a reincidência (Krug *et al.*, 2002; Stoltenborgh *et al.*, 2015).

Nesse cenário, os profissionais de saúde exercem papel fundamental, pois mantêm contato direto com crianças e adolescentes em diversos ambientes, como hospitais, unidades básicas de atendimento, escolas e programas comunitários. Além disso, esses profissionais avaliam o desenvolvimento psicossocial, prestam suporte emocional, promovem a educação da comunidade sobre prevenção e direitos da criança e do adolescente e coordenam ações integradas com outros setores, como o sistema de justiça e a assistência social (Guedes; Garcia-Moreno; Bott, 2014).

De acordo com Perry (2002), devido à exposição constante à violência e aos maus-tratos, muitas crianças e adolescentes vivem em estado de alerta contínuo, o que pode resultar em consequências físicas significativas, como dor, sofrimento e estresse decorrentes do abuso crônico. Frente a esse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos e familiarizados com os sinais de alerta que indicam possíveis situações de violência. Entre os sinais emocionais que requerem atenção estão alterações no sono e na alimentação, perda de interesse por atividades antes prazerosas, tristeza,



medo e baixa autoestima.

Profissionais que atuam com crianças e adolescentes, como psicólogos, médicos, assistentes sociais e professores, devem estar atentos aos sinais de alerta e preparados para agir adequadamente diante de suspeitas de violência ou maus-tratos. Muitas vezes, os indícios são sutis ou se assemelham a comportamentos típicos da faixa etária. Por isso, é fundamental que a abordagem seja realizada com cuidado e respeito, a fim de evitar a revitimização da criança ou do adolescente (Saunders; Adams, 2014).

Nesse cenário, identificar os casos é o primeiro passo para enfrentar a violência. Para isso ocorrer de maneira eficaz, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para reconhecer os diferentes tipos de violência, perceber sinais de alerta e acompanhar os protocolos atualizados de atendimento. Essa formação deve ser construída de forma colaborativa, considerando a realidade de cada profissional, e deve reforçar a importância da seleção cuidadosa e do registro detalhado das informações pertinentes (Luna; Ferreira; Vieira, 2010; Saliba et al., 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da fundamentação teórica apresentada neste estudo, os resultados responderam à problematização, pois evidenciaram como eventos traumáticos na primeira infância podem estar associados ao desencadeamento de Transtornos do Humor, sendo o papel do psicólogo crucial na aplicação de técnicas diagnósticas e na compreensão das implicações nessa fase decisiva da formação do eu. Autores como Zavaschi (2002) reconhecem o trauma como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta, especialmente Transtornos Depressivos e Transtorno Bipolar.

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados à medida que se identificou como os eventos traumáticos na primeira infância, majoritariamente relacionados ao abandono, à negligência e à violência, estão associados à incidência de Transtornos do Humor na vida adulta. Ao longo da revisão de literatura, dos resultados e das discussões teóricas, constatou-se de que maneira o profissional da saúde pode utilizar técnicas apropriadas para manejar e investigar de forma adequada as demandas dos pacientes.

Compreendeu-se a contribuição da abordagem psicanalítica ao analisar o trauma e os impactos psicosssexuais infantis que afetam a vida do indivíduo, bem como ao ampliar o campo de investigação acerca do acesso a conteúdos reprimidos e suas manifestações em sintomas. Quando experiências potencialmente traumáticas não encontram meios de simbolização e elaboração no psiquismo da criança, há uma tendência à cristalização de conteúdos não integrados, que podem manifestar-se posteriormente sob a forma de sintomas afetivos, como a depressão e a bipolaridade.

A partir da abordagem psicanalítica, entende-se que o trauma não reside apenas no acontecimento em si, mas na forma como é registrado, interpretado e reinscrito no inconsciente. Nesse sentido, os Transtornos do Humor não devem ser compreendidos como entidades isoladas, mas como expressões de conflitos psíquicos mais profundos, enraizados nas experiências precoces e na história singular de cada sujeito.

Portanto, reconhecer a influência dos traumas precoces na constituição subjetiva e nos desdobramentos psicopatológicos reforça a necessidade de intervenções que favoreçam a elaboração simbólica dessas experiências, especialmente em contextos clínicos. A escuta psicanalítica configura-se como via privilegiada de acesso a esses conteúdos latentes, promovendo um espaço no qual o sujeito possa se reapropriar de sua história e ressignificar seus afetos.



Constatou-se que, embora existam diversas produções sobre aspectos isolados do tema, ainda há carência de estudos atuais que abordem diretamente a associação entre os fatores estabelecidos, o que evidencia a importância de desenvolver pesquisas que contemplem o entendimento dessas implicações de forma integrada.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para reafirmar a importância da compreensão do processo psíquico infantil, abrangendo as nuances do diagnóstico e a aplicação de técnicas adequadas para acessar conteúdos profundos. As estratégias devem ser adaptadas e cuidadosamente analisadas para cada demanda individual.

REFERÊNCIAS

ABT, Leonard; BELLAK, Leonard. Psicologia projetiva. Buenos Aires: Paidós, 1967.

ALLOY, Lauren; *et al.* *Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression.* Clinical Child and Family Psychology Review, v. 9, n. 1, 2006. p. 23-64.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. (Maria Inês Corrêa Nascimento, *et al*, Trad.). Aristides Volpato Cordioli, *et al* (rev. téc.). 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *E-book*.

ANZIEU, Didier. Os métodos projetivos. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

AUGRAS, Michel. A dimensão simbólica: o simbolismo nos testes psicológicos. Petrópolis: Vozes, 1998.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de Azevedo. Infância e violência fatal em família: primeiras aproximações ao nível de Brasil. São Paulo: Iglu, 1998.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de Azevedo; PINTO JUNIOR, Antônio Augusto. Descobrimos o desenho infantil. São Paulo: IEditora, 2003.

BARCELOS, Márcia Ribeiro da Cunha; SOUSA, Jordana Carmo de. O IMPACTO DO TRAUMA SEXUAL INFANTIL NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA FREUDIANA. *JNT Facit Business and Technology Journal*. 2024. Edição nº56. v. 1, p. 310-325. Disponível em: <<http://revistas.faculdefacit.edu.br>>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BARLOW, David. Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

BEARD, John; GALEA, Sandro; VLAHOV, Dimitri. *Longitudinal population-based studies of affective disorders: where to from here?*. BMC Psychiatry, v. 8, 2008. p. 1-11.

BOTT, Sarah; *et al.* Violence against women in latin américa and the caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Disponível em: <https://oig.cepal.org/sites/default/files/violence1.24-web-25-febrero-2014_0.pdf>. Acesso em: 05 maio 2025.



BRENNER, Claude. Noções básicas de psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica. (Ana Mazur Spira, Trad.). 5.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

BREVIGLIERI, Henrique. O fundamento da psicanálise: concepções acerca do inconsciente. PAIDEIA - Revista de Sociologia e Filosofia do Colégio Estadual do Paraná, 2018. Disponível em:
<https://www.cep.pr.gov.br/sites/cep/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/o_fundamento_da_psicanalise.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

BUCK, Jonh N. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação. Trad. de Renato Cury Tardivo; rev. de Iraí Cristina Buccato Alves. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2003.

COELHO, Heidi Miriam Bertolucci. O vínculo no tratamento psíquico: descoberta, construção e desenvolvimento. 2002. 333p. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – UNESP – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2002. Disponível em:
<<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/40e5daeb-471e-4252-8019-5cb25ed4b7d0/content>>. Acesso em: 25 out. 2024.

CUNHA, Jurema Alcides; et al. Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

DEMETRIO, Frederico Navas; MINATOGAWA-CHANG, Taís Michele. Curso de Capacitação em Saúde Mental – módulo III: Transtornos do Humor. São Luís, 2013. Disponível em:
<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2044/3/Sa%C3%BAde%20Mental%20-%20M%C3%B3dulo%20%20UND%203.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2024.

DONOGHUE, Susan. *Projective techniques in consumer research. Journal of Family and Consumer Sciences*. University of Pretoria, v. 28, 2000. p. 57-43.

DOR, Joel. Estruturas e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

FÉDIDA, Paul. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. (M. Gambini, Trad.). São Paulo: Escuta, 2002.

FENICHEL, Otto. Teoria psicanalítica das neuroses: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica. São Paulo: Atheneu Editora, 2000.

FIGUEIREDO, Ângela Leggerini de. Associação entre trauma na infância e transtornos do humor na vida adulta. Porto Alegre, 2012.

FREUD, Sigmund. Moisés e o monoteísmo: três ensaios. v. XXIII, 1939. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-161. (Original publicado em 1939).

Além do princípio do prazer, v. XVIII, 1920. p. 12-75. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006.



Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y teoría de la libido. 1923. In: Obras Completas, v. 18, p. 227-254. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1989c.

. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ('dementia paranoides') Autobiograficamente Descrito. 1911. In: Historiales clínicos, v. II, 1948. p. 509-750.

Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1901-1905). Tradução de Paulo César de Souza. 1ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras. v. 6, 2016.

Além do Princípio do Prazer (1920). Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras. v. 14, 2016.

(1917 [1916-1917]) Conferências introdutórias sobre psicanálise, parte III, O Sentido dos Sintomas: conferência XVII. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996

FUCHESATTO, Waldemar Paulo Ferreira. A cura pela fala. Estudos Psicanalíticos, Belo Horizonte, n. 36, 2011. p. 165-171.

GABBARD, Glen. Psiquiatria psicodinâmica. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GHAEMI, Sami Nassir; KO, John; GOODWIN, Frederick. "Cade's Disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. Canadian Journal of Psychiatry, v. 47, 2002. p. 125-134.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GRASSANO, Elsa. Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

HEIM, Christine Marcelle; NEMEROFF, Charles. *The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies.* Biological Psychiatry, v. 49, n. 12, 2001. p. 1023-1039.

HOCKENBURY, Sandra; HOCKENBURY, Don. Distúrbios psicológicos. In: Descobrindo a psicologia. São Paulo: Editora Manole, 2003.

JUSTUS, Daisy. O suicídio nosso de cada dia... Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: [https://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c Justus 41040903_port .pdf](https://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c%20Justus%2041040903_port.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2024.

KAPLAN, Sandra J.; et al. *Psychiatric Disorders of Parents of Physically Abused Adolescents.* Journal of Family Violence. v. 24, n. 5, p. 273-281, 2009.

KRUG, Etienne G.; et al. *The world report on violence and health.* The Lancet, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 2002.



LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LEVERICH, Gabriele S.; POST, Robert M. *Course of bipolar illness after history of childhood trauma*. Lancet, v. 367, p. 1040–1042, 2006.

LUNA, Geisy Lanne Muniz; FERREIRA, Renata Carneiro; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Notificação de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes por Profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

MACHOVER, Karen. (Original publicado em 1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. Ediciones Cultural, 1974.

MAIA, Maria Silva. *Extremos da alma*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MANOLI, André; *et al.* *The association between childhood bullying victimisation and childhood maltreatment with the clinical expression of bipolar disorder*. Journal of Psychiatric Research, v. 158, 2023. p. 226–230.

MCWILLIAMS, Nancy. Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico. Tradução: Gabriela Wondracek Linck. Revisão Técnica: Inúbia Duarte. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELLO, Andrea Feijo; *et al.* Depressão e estresse: existe um endofenótipo?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 29, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/yfF9MB4BBkff4WmkW9QFsNh/>. Acesso em: 15 maio 2025.

NASIO, Jorge Daniel. *Como trabalha um psicanalista?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

NUNES, César; *et al.* *A educação sexual da criança: subsídios teóricos e propostas práticas para uma abordagem da sexualidade para além da transversalidade*. 2.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006. p. 48-49.

OCAMPO, Maria Luisa Siquier de; ARZENO, Maria Esther Garcia; PICCOLO, Elza Grassano de. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 11ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

OKINO, Erika Tiemi Kato; *et al.* *Métodos projetivos e suas demandas na Psicologia contemporânea*. Ribeirão Preto, São Paulo: ASBRo, 2016.

OLIVEIRA, Crislayne Flores; SAMICO, Fernanda Cabral. “Para quem serve esse diagnóstico?": uma interlocução entre o Psicodiagnóstico e a Psicanálise. *Revista Mosaico*. v. 10, n. 2, p. 105-110, 2019.

PERRY, Bruce Duncan. Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind*, v. 3, n. 1, p. 79-100, 2002.



PIRES, Ana; MIYAZAKI, Maria Cristina. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciência e Saúde*, v. 12, n. 1, 2005. p. 42-49.

QUINET, Antônio. *As 4+1 Condições de Análise*. 12^a Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

ROUDINESCO, Élisabeth. *Por que a psicanálise?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

SADOCK, Benjamin; SADOCK, Virginia. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SALIBA, Orlando; *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SAUNDERS, Benjamin E.; ADAMS, Zachary W. *Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v. 23, n. 2, p. 167-184, 2014.

SCHULTZ, David; SCHULTZ, Sydney Ellen. *História da psicologia moderna*. (Suely Sonoe Murai, Trad.). São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SEVERINO, Antonio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007.

SHONKOFF, Jack. *Protecting brains, not simply stimulating minds*. *Science*, v. 333, 2011. p. 928-3.

STOLTENBORGH, Marije; *et al.* The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, v. 24, n. 24, 2015.

TALENTO, Biaggio. *Saúde mental*. Salvador: Psicologia Brasileira, 2016.

TARDIVO, Leila Salomão de La Plata Cury; PINTO JUNIOR, Antônio Augusto. *IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Vetor, 2010.

WINNICOTT, Donald Woods.. (1964) *A criança e seu mundo*. 6^a.edição. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 270 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Version: abril 2019. Genebra: WHO, 2019. *E-book*.

YAN-MEIER, Leslie; *et al.* Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. *Psychiatry*, v. 186, n. 2-3, p. 267–271, 2011.



ZAVASCHI, Maria Lucrécia; *et al.* *Adult mood disorders and childhood psychological trauma*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, n. 3, 2006. p. 184-190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300008>. Acesso em: 25 out. 2024.

ZIMERMAN, David. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Manual de técnica psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008. *E-book*.