

QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL 6.0 – CRQ 6.0: ESTUDO EXPLORATÓRIO DE VALIDADE COM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil
Elisa Medici Pizão Yoshida¹ - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil

RESUMO

O relacionamento conjugal tem sido um das fontes mais reconhecidas de conflito, podendo incluir violência física e/ou emocional. Objetivou-se avaliar a consistência interna, validade convergente e validade discriminante do Questionário de Relacionamento Central – CRQ 6.0, em mulheres vítimas de violência. O CRQ 6.0 avalia o padrão de relacionamento segundo três componentes: desejos (D); respostas do outro (RO); respostas do eu (RE). Participaram 32 mulheres, vítimas de violência (G1) e 22 mulheres em maternidade (G2). Todas responderam ao CRQ 6.0 e à Escala de Avaliação de Sintomas-40 /EAS-40. Apenas o componente D apresentou boa consistência interna. O CRQ 6.0 correlacionou-se com dimensões da EAS-40 e escore total em G1, mas não em G2. O CRQ 6.0 não discriminou os dois grupos amostrais. A EAS-40 apresentou boa consistência interna e escores significativamente mais altos para G1, comparados a G2. Sugere-se o emprego de amostras randomizadas e mais representativas, em pesquisas futuras.

Palavras-chave: saúde mental, padrão de relacionamento, relacionamento conjugal, violência contra mulher

CENTRAL RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE 6.0 -CRQ 6.0: AN EXPLORATORY STUDY OF VALIDITY WITH WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE

ABSTRACT

Conjugal relationship has been known as one of the most important sources of conflict, sometimes accompanied by physical and emotional violence. This study aimed to estimate the internal consistency, convergent validity and discriminant validity of the Central Relationship Questionnaire - CRQ 6.0, a self-report instrument, developed to measure the individual's relationship pattern according to three components: wishes (W), responses from others (RO), responses of Self (RS). Participants were 32 women victims of violence (G1) and 22 women assisted in a hospital in delivering their babies (G2). They completed the CRQ 6.0 and Symptoms Assessment Scale-40 (EAS-40). Only the D component showed good internal consistency. The CRQ 6.0's components correlated with the EAS-40, but didn't discriminate G1 from G2. The EAS-40 showed good internal consistency and significantly higher scores in G1, when compared to G2. Suggestions for employing randomized and more representative samples in future researches are proposed.

Keywords: mental health, pattern of relationship, marital relationship, violence against women.

INTRODUÇÃO

Os conflitos de natureza relacional têm sido reiteradamente reconhecidos como o principal motivo de busca por atendimento psicológico (Gilliéron, 1983/1986; Messer & Warren, 1995; Yoshida & Rocha, 2007). Apesar de sua relevância, poucos são os instrumentos de avaliação que permitem medidas fidedignas e válidas dos conflitos do relacionamento amoroso. Esta carência é especialmente relevante quando se trata de prestar assistência a mulheres vítimas de violência que têm

na esfera do relacionamento com o cônjuge ou parceiro, a maior fonte de sofrimento psicológico.

O objetivo do presente estudo foi o de explorar algumas propriedades psicométricas da versão 6.0 do Questionário de Relacionamento Central CRQ (Barber, Foltz & Weinryb, 1998), desenvolvido para avaliar o padrão central de relacionamento com o parceiro romântico. Sendo que se entende por parceiro romântico, a pessoa com que o(a) avaliado(a) está ou esteve emocional e/ou sexualmente envolvido(a), por um período mínimo de três meses, nos últimos três anos (Barber & cols., 1998). As expressões parceiro romântico, parceiro íntimo e parceiro amoroso serão utilizadas como sinônimos neste trabalho, com vistas a manter a fluência do texto. Antes de se referir mais especificamente ao desenvolvimento e características do CRQ apresenta-se uma súmula do que se entende por violência contra a mulher e alguns dados

¹ Contato:

E-mail: eyoshida.tln@terra.com.br

Notas: As autoras agradecem o apoio do CNPq pela concessão da bolsa de mestrado à primeira autora. Este artigo está baseado na dissertação de mestrado da primeira autora, orientada pela segunda autora

relacionados à sua prevalência, especialmente no Brasil.

A violência contra a mulher passou a ser reconhecida como problema de saúde pública apenas na última década (Schraiber, D'Oliveira, França-Júnior, Diniz, Portella & cols., 2007; WHO, 2002). Sua forma mais comum é a perpetrada por parceiro íntimo, cujas conseqüências podem permanecer por longo tempo, mesmo depois de cessados os episódios de violência. Em relacionamentos amorosos permeados de violência, as relações interpessoais são desiguais e o diálogo insuficiente para que haja entendimento (Mynaio & Souza, 1999; Schraiber, D'Oliveira, Falcão & Figueiredo, 2005; Schraiber, D'Oliveira, França-Júnior, Diniz, Ludemir, & cols. 2007). As diferenças dos papéis sociais entre homens e mulheres, em nossa sociedade, favorecem a vitimização das últimas, com o emprego da violência física como forma de controle e dominação por parte dos parceiros. Tanto o ato violento quanto a aceitação da violência são comportamentos aprendidos que se mantêm, em alguns casos, em função de valores culturais e, em outros, por transtornos psicopatológicos de um ou de ambos os cônjuges. São valores culturais que justificam, por exemplo, a violência no relacionamento íntimo, sendo comum atribuir às mulheres a responsabilidade por ela. Frases como, "ela me faz perder a cabeça" (Schraiber & cols., 2005 p.16), são muito utilizadas por companheiros ou maridos, para justificar os atos violentos. No âmbito da clínica psicológica, torna-se relevante compreender a insegurança emocional da mulher como uma das conseqüências da agressão. Desta forma, sintomas e seqüelas ganham maior inteligibilidade e podem orientar, de maneira mais segura, as intervenções (El-Sheikh, Cummings, Kouros, Elmore-Station & Buckhalt, 2008; Schraiber & cols., 2005).

No que respeita às formas de violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a violência física, a violência sexual e a violência psicológica (WHO, 2002). Dentre elas, a violência física é a mais estudada, provavelmente pela maior facilidade de mensuração dos atos concretos e da visibilidade dos sinais dela resultantes. Ela inclui agressões que vão desde tapas e empurrões (referidos como os mais frequentes) até surras e assassinatos (WHO, 2002). Em relação às violências sexual e psicológica, os dados e informações disponíveis são, todavia imprecisos, apesar das graves conseqüências que possam ter sobre a saúde mental e o bem estar das mulheres (Mynaio & Souza, 1999; Pence & Paymar, 2006). Entre as conseqüências de violência

física incluem-se, os ferimentos torácicos e abdominais, redução do funcionamento físico e dores crônicas. Problemas ginecológicos, inflamação pélvica, doenças sexualmente transmissíveis e disfunções sexuais aparecem como conseqüências da violência sexual. E, em relação à violência psicológica, abuso de drogas e álcool, ansiedade, transtornos psicológicos, somatização, baixa auto-estima e sentimentos de vergonha e culpa são as conseqüências mais frequentes (WHO, 2002).

Deve-se ressaltar que a ocorrência de sobreposição das formas de violência tem sido comumente identificada na literatura (Reichenheim, Dias & Moraes, 2006; Schraiber, D'Oliveira & Couto, 2006; Schraiber & cols., 2005), sendo sua ocorrência antes a regra do que a exceção. Há evidências, por exemplo, de que a violência física associada à violência sexual intensifica a severidade dos sintomas em quadros de estresse pós-traumático e depressão. Ademais, o abuso de poder presente nos relacionamentos é um fator de risco para a violência (Mechanic, Weaver & Resick, 2008).

O relatório da OMS fornece dados de diferentes países (Brasil, Peru, Bangladesh, Japão, Tailândia, Samoa, Namíbia, Etiópia, Sérvia e Tanzânia) sobre a prevalência da violência contra as mulheres e enfatiza a necessidade de maior precisão nos procedimentos de registro de casos para que se tenha um panorama mais fidedigno da violência no mundo (WHO, 2002). Quanto ao Brasil, o relatório destaca, com base em amostra de 2128 mulheres, de diferentes regiões do país, que 43% relatam terem sofrido violência em alguma fase da vida (88% tapas e empurrões, 79% relações sexuais forçadas). Sendo que em 90% dos relatos de violência física e/ou sexual havia também a ocorrência de violência psicológica, sobretudo na forma de insultos (WHO, 2002). Ou seja, apesar da distinção formal entre as diferentes formas de violência perpetradas contra mulheres, uma combinação deve ser esperada, na maioria dos casos (Reichenheim & cols., 2006; Schraiber & cols., 2006; Schraiber & cols., 2005).

Outra vertente no estudo da violência diz respeito à intencionalidade envolvida em sua ocorrência. Esta questão está contemplada na definição de violência adotada pela OMS, segundo a qual a violência se caracteriza pelo "uso de força física intencional, a ameaça e violência intencional sobre nós mesmos, outra pessoa, grupo da comunidade, ou qualquer atitude que tenha probabilidade de resultar em ferimento, morte, prejuízo psicológico ou privação" (WHO, 2002, p.4). Esta definição contempla ainda os diferentes alvos da

violência, distinguindo a violência contra si mesmo, a violência interpessoal e a violência coletiva. A violência interpessoal, mais diretamente relacionada com o foco deste estudo, ocorre entre os membros da família, parentes íntimos e comunidade. Engloba a violência contra mulher por parceiro íntimo, que segundo a OMS são companheiros ou ex-companheiros, independente da união formal; e namorados, desde que estejam envolvidas relações sexuais (WHO, 2002). Ao enfatizar a intencionalidade do ato violento, a definição exclui a possibilidade da violência contra mulher ser vista como um incidente, além disso, adiciona aos danos físicos, o prejuízo psicológico e a privação, contemplando, desta feita, os aspectos menos visíveis (Schraiber & cols., 2006; WHO, 2002).

A definição da OMS (WHO, 2002) permite um avanço no conceito da violência ao destacar algumas de suas dimensões (intencionalidade e alvo), mas deixa inexplorada a dimensão da subjetividade que diz respeito, mais especificamente, à forma como ela é vivenciada pela pessoa, no âmbito de seus relacionamentos. O conceito de padrão central de relacionamento, amplamente utilizado por psicoterapeutas de orientação psicodinâmica, permite compreender justamente os aspectos subjetivos do conflito interpessoal. Por padrão central de relacionamento entende-se o modo característico da pessoa estabelecer relações interpessoais ao longo de sua vida (Barber, Christ-Christoph, & Luborsky, 1998; Luborsky, 1998a; Luborsky, Cooper, & Crist-Christoph, 1988). Baseia-se na idéia de que nos relacionamentos interpessoais, as pessoas expressam padrões constantes de motivação, de expectativas e de reações em relação ao(s) outro(s), que têm origem na infância, como fruto das experiências emocionais, com pais e/ou cuidadores (Luborsky, 1998b). Uma vez estabelecido o padrão, esse se generaliza para os relacionamentos futuros, conferindo certa estabilidade e previsibilidade ao comportamento e atitudes das pessoas (Luborsky, 1998a; 1998b; McCarthy, Gibbons & Barber, 2008).

Uma das principais formas de operacionalização do padrão central de relacionamento é o método do “Tema Central de Relacionamento Conflituoso”, mais conhecido pela sigla, *CCRT* (*Core Conflictual Relationship Theme*) (Luborsky & cols., 1988). Desenvolvido para auxiliar na identificação do padrão central de relacionamento conflituoso em pesquisas de resultado e de processo de psicoterapia (Luborsky, 1998a; 1998b), o CCRT mostrou-se também bastante útil como um guia para as intervenções do terapeuta em sessões de

psicoterapia e entrevistas (Book, 2003). Para a identificação do padrão evidenciado pelo paciente, ao longo de um processo psicoterapêutico, deve-se, com base nas transcrições das sessões, localizar os episódios de relacionamento (RE), caracterizá-los como recentes (últimos quinze dias) ou passados (há mais de quinze dias) e como sendo positivos ou negativos. A seguir, avaliam-se seus elementos constitutivos identificando em cada episódio os Desejos do eu (D), que correspondem às necessidades e intenções do paciente frente à(s) outra(s) pessoa(s); as Repostas do Outro (RO) frente aos desejos e necessidades do eu; e as Respostas do Eu (RE). Ou seja, os pensamentos, sentimentos, emoções e/ou comportamentos suscitados pela(s) RO (Luborsky, 1998a). Esses episódios são avaliados por juízes independentes, previamente treinados, com julgamentos independentes que identificam qual o padrão mais freqüente e característico da pessoa (Bottino, 2001, Luborsky, 1998a, 1998b; Luborsky & Friedman, 1998).

O Questionário Central de Relacionamento-CRQ (Barber & cols., 1998) foi desenvolvido como uma alternativa ao CCRT, cuja avaliação é longa e trabalhosa (Luborsky, 1998c). O CRQ é um instrumento de auto-relato que coleta informações sobre o padrão central de relacionamento conflituoso expresso nos relacionamentos amorosos (Barber & cols., 1998). A versão utilizada neste estudo (6.0) (Barber & cols., 1998), contém 101 itens que avaliam sempre o pior momento do relacionamento conjugal. Como para o CCRT, os itens estão divididos nos componentes: desejos (*D*), respostas do outro (*RO*) e respostas do eu (*RE*). A versão original do CRQ revelou valores de consistência interna entre aceitáveis e altos, com alfas de Cronbach (α) entre 0,71 a 0,95 (Barber & cols., 1998). Na versão sueca houve maior variação como alfas entre 0,35 a 0,97 (Weinryb, Barber, Foltz, Göransson & Gustavsson, 2000). Em estudo mais recente, McCarthy e colaboradores (2008), avaliando amostra clínicas, reportaram índices superiores a 0,70.

No Brasil, foram realizados estudos das propriedades psicométricas do CRQ com amostra de portadores de Hepatite C Crônica (Risso, 2008), HIV-AIDS (Massei & Yoshida, 2009) e pessoas com diagnóstico de doenças coronarianas (Sanches, 2009). Como na presente pesquisa, utilizou-se a versão 6.0 do CRQ (Barber & cols, 1998), adaptada para o Português por Rocha (2007). A consistência interna de seus componentes (D, RO e RE) foi considerada satisfatória nos estudos de Risso (2008) e de Massei e Yoshida (2009), em que os coeficientes

α oscilaram entre 0,80 e 0,88. Na pesquisa de Sanches (2009), a consistência interna do componente RO foi considerada insuficiente ($\alpha=0,58$), ainda que nos demais tenha sido satisfatória ($D=0,83$ e $RE=0,79$).

Aqueles autores também avaliaram a validade convergente do CRQ 6.0, correlacionando-o com medida de severidade dos sintomas psicopatológicos, avaliados pela Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001), posto que não contavam com instrumento de avaliação do padrão de relacionamento central, cujas propriedades psicométricas fossem conhecidas para as respectivas populações-alvo (Schutte & Malouff, 1995). Para os pacientes com hepatite C (Risso, 2008) e com portadores de HIV-AIDS (Massei & Yoshida, 2009), as evidências suportaram de forma satisfatória a presunção de associação entre conflitos nos relacionamentos amorosos e a severidade de sintomas psicopatológicos. No entanto, o mesmo não pode ser dito para os portadores de doenças coronarianas (Sanches, 2009), em que não houve correlação significativa ($p<0,05$) entre nenhum dos componentes do CRQ 6.0 (D, RO e RE) e a EAS-40.

A inconsistência nos resultados entre estudos sugere, portanto, a necessidade de pesquisas específicas para a avaliação das propriedades psicométricas do CRQ 6.0, para os diferentes estratos da população. Neste sentido, estipulou-se como objetivos da presente pesquisa, explorar a consistência interna dos itens de cada componente do CRQ 6.0 e verificar evidências de validade. Foi obtida uma medida de validade convergente e outra de validade discriminante (Schutte & Malouff, 1995). Como nas demais pesquisas brasileiras (Massei & Yoshida, 2009; Risso, 2008; Sanches, 2009), correlacionou-se o CRQ 6.0 com a EAS-40. A escolha da EAS-40 atende à perspectiva do estudo original (Barber & cols, 1998) ao procurar avaliar a relação entre o padrão de relacionamento conflituoso e sintomas psicológicos. Ademais, há relatos na literatura de associação entre sintomas psicopatológicos e episódios de violência, no relacionamento de mulheres em situação de violência familiar (Mechanic & cols., 2008; WHO, 2002). Para a avaliação da validade discriminante, mulheres internadas em enfermaria de maternidade para darem à luz, ou que já haviam dado à luz, compuseram o grupo contrastante. A escolha desse grupo baseou-se no pressuposto de que o nascimento de um filho costuma ser um momento de grande mobilização emocional da mulher e que, eventuais conflitos com o parceiro amoroso, perdem parte de seu significado.

MÉTODOS

Participantes

Grupo 1 (G1): Formado por 32 mulheres em situação de violência conjugal, provenientes de uma Organização Governamental (OG) e Organização não Governamental (ONG), idades entre 19 e 56 anos ($M=38,91$; $DP=10,25$; $Mo=44$); 75% haviam sofrido violência física, 93,8% violência psicológica e 18,8% violência sexual, dados que demonstram que algumas participantes sofreram mais de um tipo de violência; majoritariamente com ensino médio completo (35,5%); mais de 50% da amostra era casada e não trabalhava; 53,3% apresentavam alguma doença física (pressão alta, fibromialgia, depressão, sífilis); 33,3% cristãs católicas; 50,0% cristãs não católicas.

Grupo 2 (G2) (amostra não probabilística) Composto por 22 pacientes de um Hospital e Maternidade Universitário; algumas aguardavam para ter seus filhos, outras haviam dado à luz. Com idades entre 18 e 37 anos ($M=32,26$; $DP=6,18$, $Mo=18$); não haviam passado por situação de violência, nem estavam sofrendo episódio de dor ou estavam sob medicação. Dentre elas, 22,7% tinham ensino médio completo, 22,7% incompleto; mais de 50% da amostra era casada e não trabalhava; 13,6% apresentavam alguma doença física (gastrite, pressão alta e bronquite).

Em relação ao perfil sócio-demográfico da amostra, as participantes do G1 eram, portanto, em sua maioria, mais velhas ($Mo=44$ anos e no G2, $Mo=18$ anos) e apresentavam maior incidência de doenças físicas que as do G2, aspecto que pode estar associado tanto à idade, quanto aos episódios de violência recorrente a que estavam expostas, em especial a sífilis. Quanto às demais variáveis (estado civil, escolaridade, condição laboral e crença religiosa), ambos os grupos eram comparáveis. No G1 todas haviam sofrido episódios recorrentes de violência perpetrada por parceiro íntimo, via de regra, o marido ou companheiro com quem viviam maritalmente. Nas instituições eram acolhidas e recebiam orientação jurídica e psicológica, sendo que em vários casos a violência já havia atingido os filhos. Algumas estavam decididas a se separar e buscaram apoio e informação nas instituições pesquisadas.

Instrumentos

Questionário de Relacionamento Central- CRQ 6.0 - versão adaptada para o português do Brasil (Rocha, 2007). O CRQ 6.0 é um instrumento de auto-relato, cujo foco é o pior momento do relacionamento

amoroso avaliado segundo três componentes: desejos do eu (D), respostas do outro (RO) e respostas do eu (RE). O componente D possui 40 itens divididos em 12 sub-escalas (ser fechado, ser distante, ser dominador, ser hostil, ser independente, ser amado, ser reconhecido, ser seguro, ser atraente, ser submisso, ser suportivo e ser de confiança); RO tem 23 itens e 8 sub-escalas (é distante, dominador, hostil, independente, amado, atraente, submisso e descontrolado); e o RE é formado por 38 itens e 13 sub-escalas (sou ambivalente, ansioso, fechado, distante, dominador, não sou querido, independente, não sou conflituoso, sou atraente, submisso, bem sucedido, suportivo, valorizado). Para responder ao CRQ 6.0 o indivíduo necessita ter tido um relacionamento com um parceiro, de pelo menos 3 meses, nos últimos 3 anos. Ele é solicitado a responder os itens referindo-se ao pior momento de seu relacionamento e as respostas são dadas segundo uma escala Likert de 7 pontos na qual 1 corresponde a nunca e 7 a sempre. A avaliação é feita pela soma dos escores das sub-escalas de cada componente, sendo que escores mais altos correspondem a maior intensidade de conflito; nos itens negativos é feita a inversão dos escores (Barber & cols., 1998).

Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40 (Laloni, 2001) - É um instrumento adaptado da Symptom Checklist – 90 – Revised – SCL-90-R (Derogatis, citado por Laloni, 2001) para a população clínica brasileira, de hospital geral. É composta por 40 itens que mensuram sintomas psicológicos segundo quatro dimensões: psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2), somatização (F3), ansiedade (F4); cada uma composta por dez itens. As respostas prevêm três níveis de intensidade do sintoma: zero - nenhum sintoma; um - pouco sintoma; e dois - muito sintoma; representados em escala *Likert*. A avaliação do instrumento é feita pela média aritmética dos escores de cada dimensão e do escore total. Quanto maior o escore, maior a severidade dos sintomas representados pela dimensão. O escore 1 foi apontado por Yoshida (2008) como ponto de corte de cada uma das dimensões. Pesquisas nacionais têm demonstrado coeficientes α que variaram entre 0,73 a 0,88 para pacientes de hospital geral (Laloni, 2001) e 0,80 a 0,93, em amostras de estudantes universitários (Yoshida & Silva, 2007).

Procedimento

A coleta de dados do G1 foi realizada em sala cedida pelas instituições em que as mulheres estavam recebendo atendimento. E a coleta de dados

do G2 foi realizada na enfermaria em que a participante estava internada. A participação foi voluntária, todas responderam ao CRQ 6.0 e à EAS-40 e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação individual dos instrumentos durou aproximadamente 40 minutos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição.

O estudo de consistência interna foi realizado estimando-se os coeficientes α de Cronbach (α) de cada um dos instrumentos (CRQ 6.0 e EAS-40), para cada grupo amostral. Para a validade de convergente foram utilizados coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada componente do CRQ 6.0 e a EAS-40 (escore total e por dimensão). Esperava-se uma correlação positiva, mas moderada entre cada um dos componentes do CRQ e as dimensões da EAS-40. E, a validade discriminante, em que se comparou os grupos 1 e 2, foi obtida pelo emprego do Teste t para amostras independentes, tanto para o CRQ 6.0 quanto para a EAS-40. A expectativa era a de que tanto a severidade dos conflitos no relacionamento amoroso (medida pelo CRQ 6.0), quanto dos sintomas psicopatológicos (EAS-40), deveria ser muito mais intensa nas mulheres vítimas de violência do que nas do grupo contratante. Tanto a análise da consistência interna da EAS-40, quanto da validade discriminante, teve como objetivo verificar se a escala manteria as propriedades psicométricas verificadas em relação aos estratos da população brasileira já pesquisados.

RESULTADOS

Consistência Interna

No G1, o componente D do CRQ 6.0 apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,83$), mas nos componentes RO e RE foi baixa, respectivamente com alfas igual, a 0,68 e 0,59. No G2, as consistências internas dos componentes D ($\alpha = 0,82$) e RE ($\alpha = 0,71$) foram satisfatórias, e em RO ($\alpha = 0,69$), próxima do limite mínimo, considerável aceitável (0,70) (Barber, & cols, 1998). A EAS-40, no G1, apresentou consistência interna satisfatória em todas as dimensões [$\alpha = 0,75$ (F1), 0,79 (F2), 0,85 (F3), 0,83 (F4)] e alta consistência interna em relação ao escore total da EAS-40 ($\alpha = 0,93$). O mesmo pode ser dito da consistência interna de G2 em que foram obtidos os seguintes valores de $\alpha = 0,96$ (total), 0,84 (F1), 0,84 (F2), 0,86 (F3), 0,88 (F4).

Validade

Os resultados da validade convergente, de cada grupo, são apresentados na Tabela 1. De acordo

com o esperado, as associações foram significantes, mas moderadas entre o componente Respostas do Outro (RO) de G1 e o escore total da EAS-40, além das dimensões psicoticismo, obsessividade-compulsividade. O mesmo pode ser dito do componente Respostas do Eu (RE). Contrariamente ao esperado, não foram observadas associações significantes entre o componente Desejo (D) do CRQ

6.0 e a EAS-40 no G1, onde os coeficientes ficaram próximos de zero. E também não foram observadas associações entre as dimensões somatização e ansiedade e os componentes RO e RE do CRQ 6.0. No G2, houve associação apenas entre a dimensão psicoticismo da EAS-40 e o componente D. Nos demais casos, conforme o esperado, as associações não foram significantes.

Tabela 1. Coeficientes de Correlação de Pearson entre o CRQ 6.0 e EAS-40 do Grupo 1 e Grupo 2

EAS-40	Grupo 1 (N=32)			Grupo 2 (N=22)		
	CRQ 6.0			CRQ 6.0		
	Desejos	Respostas do outro	Respostas do eu	Desejos	Respostas do outro	Respostas do eu
Total	0,00	0,44*	0,37*	0,32	0,09	0,08
Psicoticismo	0,01	0,47**	0,35*	0,49*	0,23	0,15
Obsessividade-compulsividade	0,05	0,53**	0,47**	0,41	0,18	0,09
Somatização	-0,06	0,27	0,15	0,23	0,07	0,03
Ansiedade	0,00	0,26	0,34	0,07	-0,13	0,02

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A Tabela 2 apresenta os escores médios, mínimos e máximos e desvios-padrão, de G1 e G2, relativos ao CRQ 6.0 e à EAS-40. Também são apresentados os resultados do Teste t para amostras independentes e os respectivos valores de p.

Observa-se que não houve diferenças significantes entre os escores médios do CRQ 6.0 dos dois grupos. Ao contrário, em relação à EAS-40 houve diferença, tanto em relação aos escores totais, quanto nas quatro dimensões.

Tabela 2. Escores mínimo, máximo, média, desvio padrão e Teste t do Grupo 1 e Grupo 2, por componente do CRQ 6.0 e EAS-40, total e por dimensão.

Componente	Grupo 1 (n=32)				Grupo 2 (n=22)				t	p	
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP			
CRQ 6.0	Desejos	4,55	0,76	4,55	0,76	3,55	5,88	4,93	0,63	1,981	0,053
	Respostas do outro	4,31	0,74	4,31	0,74	2,87	5,87	4,19	0,87	0,498	0,621
	Respostas do eu	4,20	0,50	4,20	0,50	3,58	6,16	4,47	0,70	1,586	0,122
EAS-40	Total	0,33	1,60	0,98	0,41	0,03	1,33	0,47	0,41	4,541	0,001
	Psicoticismo	0,00	1,60	0,95	0,44	0,00	1,50	0,48	0,44	3,871	0,001
	Obsessividade-compulsividade	0,40	2,00	1,12	0,44	0,00	1,60	0,50	0,42	5,226	0,001
	Somatização	0,10	1,90	0,97	0,52	0,00	1,50	0,45	0,44	4,018	0,001
	Ansiedade	0,00	1,70	0,88	0,51	0,00	1,40	0,45	0,46	3,215	0,002

DISCUSSÃO

Apenas em relação ao componente D (desejos) do CRQ 6.0 foi observada boa consistência interna para os dois grupos amostrais (G1= 0,83 e G2= 0,82), resultados compatíveis com os evidenciados pela versão original em inglês (Barber & cols, 1998) e reproduzidos nos estudos brasileiros (Massei & Yoshida, 2009; Risso, 2008; Sanches, 2009). No componente RO (respostas do outro), a consistência interna de G1 e de G2 (respectivamente,

0,68 e 0,71) ficou próxima do limite mínimo aceitável (Barber & cols, 1998); e em RE (respostas do eu) mostrou-se insatisfatória (<0,70) para os dois grupos, sugerindo possível interferência de variáveis estranhas ou *confounding variables*. Que tipo de variável pode ter afetado a consistência dos itens dos componentes RO e RE é, todavia, uma questão em aberto, posto que ela foi insatisfatória para os dois grupos amostrais, apesar das diferenças no perfil das participantes.

Em relação à consistência interna da EAS-40, apresentou muito boa consistência para todas as dimensões avaliadas e para os escores totais, nos dois grupos amostrais (α s entre 0,75 e 0,96), reproduzindo o observado em pesquisas anteriores, com amostras clínicas (Laloni, 2001; Risso, 2008) e não-clínicas (Yoshida & Silva, 2007). Contribuem para isto, provavelmente, a simplicidade dos itens e o fato das respostas serem dadas em escala Likert de apenas três pontos. Estes resultados sugerem ainda, que a EAS-40 se constituiu em um critério fidedigno para a avaliação da validade convergente do CRQ 6.0. A esse respeito, os resultados apontaram para a associação positiva entre a intensidade do conflito relacionado à forma como as mulheres vítimas de violência percebem as respostas dos seus parceiros (RO) e a severidade de sintomas psicopatológicos, avaliados pela EAS-40. Em especial, os sintomas psicológicos reunidos nas dimensões, psicoticismo e obsessividade-compulsividade (Tabela 1). Além disto, os resultados corroboraram a associação entre essas dimensões e a maneira como as mulheres reagem às respostas de seus companheiros (RE). A dimensão psicoticismo avalia “comportamentos de isolamento, afastamento e retraimentos, um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides” (Laloni, 2001, p.19), também observados em outras pesquisas envolvendo mulheres vítimas de violência (Mechanic & cols., 2008; Schraiber, D’Oliveira, França-Júnior, Diniz, Ludemir, & cols. 2007; WHO, 2002). Em relação à dimensão obsessividade-compulsividade, pode contribuir para a manutenção da vitimização, na medida em que reúne “um conjunto de sintomas de pensamentos e ações repetidos e acompanhados de desconforto nas relações interpessoais” (Laloni, 2001, p 119). Os sintomas ligados à obsessividade-compulsividade reiteram, portanto, a condição de “vítimas”, na medida em que levam as mulheres a continuamente se colocarem como co-adjuvantes da violência conjugal, ao repetirem as respostas aos comportamentos do parceiro (RO) e em relação a si mesmas (RE). Desta maneira, perpetuam o padrão relacional conflituoso em seus relacionamentos.

Resultados semelhantes foram relatados para portadores de HIV/AIDS (Massei & Yoshida, 2009), que também apresentaram associação entre as dimensões psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2) e escore total da EAS-40 e o componente RE e entre F2 e RO. Também com portadores de Hepatite C crônica (Risso, 2008), estas relações foram observadas. No entanto, diferentemente daquelas pesquisas, não foram

encontradas associações entre as dimensões somatização (F3) e ansiedade (F4) e os componentes do CRQ 6.0. Naquelas pesquisas também foram obtidas associações entre a EAS-40 e o componente D. As diferenças nos resultados entre os estudos pode ser atribuído, em parte, às características das patologias estudadas. De toda forma é preciso mencionar, que no caso de mulheres vítimas de violência, esperava-se além da associação dos sintomas psicopatológicos com o componente D, associações entre os componentes RO e RE e os sintomas de ansiedade e somatização, que não foram observadas.

Os resultados também não confirmaram a expectativa teórica de que mulheres vítimas de violência apresentariam maior intensidade do conflito nos componentes do relacionamento com o parceiro amoroso, se comparadas a mulheres parturientes ou que haviam dado à luz, e que não haviam passado por episódios de violência. Apenas no componente D, que também apresentou consistência interna satisfatória, parece haver uma certa diferença ($p=0,053$) que necessitaria todavia ser confirmada por pesquisas futuras, com amostras maiores e mais representativas, uma vez que as participantes do G2 eram todas provenientes de um único hospital. Seria ainda interessante comparar o desempenho no CRQ 6.0 de mulheres vítimas de violência, com mulheres da mesma faixa etária e que, excluindo a condição de violência, apresentassem perfil sócio-demográfico compatível com as do G1. Por ora, é possível apenas dizer que o CRQ 6.0 não demonstrou evidências de validade discriminante quando utilizado como instrumento único de avaliação do conflito no relacionamento amoroso de mulheres vítimas de violência, comparadas a parturientes e gestantes, prestes a dar à luz.

O mesmo não pode ser dito da EAS-40, em que as participantes do G1 apresentaram escores significativamente mais altos em todas as quatro dimensões e inclusive em relação ao escore total (Tabela 2). É preciso observar, no entanto, que apenas na dimensão obsessividade-compulsividade, o escore médio do G1 superou o ponto de corte (escore = 1), que divide amostras clínicas e não-clínicas (Yoshida, 2008). Nas outras dimensões, apesar das participantes de G1 apresentarem escores médios superiores aos de G2 (mais jovens e com menor incidência de doenças físicas), não atingiram níveis de sintomas mentais considerados patológico. Em relação aos sintomas de obsessividade-compulsividade, conforme mencionado, podem estar relacionados à recorrência dos episódios de

violência, e estarem associados à aceitação da violência como um comportamento aprendido (WHO, 2002). Com isso, pensamentos e ações repetidas podem propiciar a manutenção desse ciclo nas relações familiares, contribuindo para a o acirramento dos conflitos, e para recorrência da violência (WHO, 2002).

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este primeiro estudo com a versão em português do Brasil do CRQ 6.0, com mulheres vítimas de violência, sugere que ele detém algumas qualidades psicométricas que necessitam ser melhoradas, para que seja utilizado com segurança neste estrato da população. São necessárias, por exemplo, algumas adequações que busquem conferir maior consistência interna aos itens do componente RE e também do RO, que ficou ligeiramente abaixo do limite mínimo aceito pelos autores do instrumento (Barber & cols, 1998). Para tanto, a análise da contribuição de cada item para o componente deve ser avaliada, e quando cabível, proceder à reformulação ou substituição daqueles que apresentaram carga insuficiente. Ademais, em pesquisas futuras, o emprego de amostras maiores, ou obtidas de forma randomizada deve ser tentado, para que se tenha mais garantias de que os resultados encontrados sejam generalizáveis. E finalmente, o emprego de outros critérios para a composição de grupos contratantes pode ajudar a compreender melhor a natureza e os limites do construto avaliado pelo CRQ 6.0, junto a mulheres vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

- Barber, J. P., Christ-Chirstoph, P., & Luborsky, L. (1998). A guide to the CCRT Standard Categories and their classification. In: L. Luborsky & P. Christ-Chirstoph (Eds.), *Understanding Transference: the core conflictual relationship theme method* (pp.43-54). New York: Basic Book.
- Barber, J. P., Foltz, C., & Weinryb, R. M. (1998). The central relationship questionnaire: initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45 (2), 131-142.
- Book, H. E. (2003). *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. 3ª ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bottino, S. M. B. (2000). Estudo de Sistematização do Diagnóstico em psicoterapia através do CCRT: Tema Central de conflito nos relacionamento. *Dissertação de Mestrado não publicada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo.
- El-Sheikh, M., Cummings, E. M., Kouros, C., Elmore-Station, L., & Buckhalt, J. (2008). Marital Psychological and Physical Aggression and Children's Mental and Physical Health: Direct, Mediated, and Moderated Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 138-148.
- Gilliéron, É. (1986). *As psicoterapias Breves* (Trad. V. Ribeiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (original publicado em 1983)
- Laloni, D. T. (2001). Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade. *Tese de Doutorado não publicada da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas*. Disponível em: www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294.
- Luborsky, L. (1998a). A guide to the CCRT method. In: L. Luborsky & P. Christ-Chirstoph (Eds.), *Understanding Transference: the core conflictual relationship theme method* (pp. 15-42). New York: Basic Book.
- Luborsky, L. (1998b). The early of the idea for the core conflictual relationship theme method. In: L. Luborsky & P. Christ-Chirstoph (Eds.), *Understanding Transference: the core conflictual relationship theme method* (pp. 3-14). New York: Basic Book.
- Luborsky, L. (1998c). The everyday clinical uses of the CCRT. In: L. Luborsky & P. Christ-Chirstoph (Eds.) *Undestanding Trasference: the core conflictual relationship theme method* (pp.235-250). New York Basic Book.
- Luborsky, L., & Friedman, S. (1998). Illustration of the CCRT Scoring Guide. In: L. Luborsky & P. Christ-Chirstoph (Eds.) *Undestanding Trasference: the core conflictual relationship theme method* (pp.235-250). New York: Basic Book.
- Luborsky, L., Cooper, A., & Crist-Chirstoph, P. (1988). The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 490-495.
- Massei, A. C., & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário

- de Relacionamento Central 6.0 (CRQ 6.0) em portadores de HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2) (no prelo)
- Mechanic, M.B., Weaver, T. L., & Resick, P.A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: Guilford Press.
- McCarthy, K.S., Gibbons, M.B.C., & Barber, J. P. (2008). The relation of rigidity across relationships with symptoms and functioning: an investigation with the revised central relationship questionnaire. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 346-358.
- Mynaio, M. C. S., & Souza, E. R. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1) 7-32.
- Pence, E., & Paymar, M. (2006). *Education groups for men who batter*. New York: Springer.
- Reichenheim, M. E., Dias, A. S., & Moraes, C. L. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 595-603.
- Risso, G. (2008). *Questionário de Relacionamento Central (CRQ): validade e preciso na Hepatite C crônica*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Disponível em: www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=251.
- Rocha, G. M. A. (2007). *Tradução e adaptação cultural do Central Relationship Questionnaire – CRQ*. Projeto de Pesquisa com cadastro no SINEP sob o nº 0015.0.272.000-07. (manuscrito)
- Sanches, F. M. (2009). *Questionário de Relacionamento Central (CRQ): evidências de validade em pacientes cardíacos*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. Disponível em: www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=490.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., & Couto, M. T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40, 112-120.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Falcão, M. T. C., & Figueiredo, W. S. (2005). *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Júnior, I., Diniz, S., Ludemir, A.B., Valença, O., & Couto, M.T. (2007). Violência contra mulher. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 359-367.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Júnior, I., Diniz, S., Portella, A. P., Ludemir, A. B., Valença, O., & Couto, M. T. (2007). Prevalência de Violência contra mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 797-807.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (1995). *Sourcebook of adult assessment strategies*. New York: Plenum Press.
- Weinryb, R. M., Barber, J. P., Foltz, C., Göransson, S. G. M., & Gustavsson, J. P. (2000). The central relationship questionnaire (CRQ): psychometric properties in a Swedish sample and cross-cultural studies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 201-212.
- WHO-World Health Organization (2002). *World Report on Violence and health*. World Health Organization. Genebra. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 18(40), 305-316.
- Yoshida, E. M. P., & Rocha, G. M. A. (2007). Avaliação em Psicoterapia Psicodinâmica. In: João Carlos Alchieri. (Org.), *Avaliação Psicológica: perspectivas e contextos* (pp. 237-288). São Paulo: Vetor.
- Yoshida, E. M. P., & Silva, F. R. C. S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40) validade e precisão para amostra não-clínica. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 89-99, 2007.

Recebido em fevereiro 2009
Reformulado em abril de 2009
Aprovado em agosto de 2009

SOBRE AS AUTORAS:

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva: Psicóloga e Mestre em Psicologia pela PUC-Campinas; psicoterapeuta.

Elisa Medici Pizão Yoshida: Doutora em Ciências (Psicologia) pela USP; Pós- Doutorado na Universidade de Montreal, Canadá; Docente do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia e da Faculdade de Psicologia da PUC-Campinas.