

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA - DOUTORADO

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E FATORES
DE VULNERABILIDADE EM PACIENTES ADULTOS COM TRANTORNO DO
PÂNICO E DE SUAS RELAÇÕES COM A RESPOSTA AO TRATAMENTO E
COM O CURSO DA DOENÇA.**

LETÍCIA DA CUNHA KIPPER

Porto Alegre, novembro de 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PSIQUIATRIA - DOUTORADO

**ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E FATORES
DE VULNERABILIDADE EM PACIENTES ADULTOS COM TRANSTORNO DO
PÂNICO E DE SUAS RELAÇÕES COM A RESPOSTA AO TRATAMENTO E
COM O CURSO DA DOENÇA.**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para obtenção do título
de Doutor em Psiquiatria.**

LETÍCIA DA CUNHA KIPPER

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Gisele Gus Manfro

Porto Alegre, novembro de 2007.

AGRADECIMENTOS

À Gisele, por toda a sua disponibilidade e apoio, por estar sempre por perto quando preciso, pelo aprendizado, pela convivência agradável e pela oportunidade. Obrigada por tudo.

Ao Programa de Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao professor Aristides V. Cordioli, que me permitiu fazer parte dele.

À equipe de pesquisa: à Elizeth Heldt, por ser uma colega muito especial, que me ajudou em todas as etapas do trabalho, sempre disponível e participativa; ao Giovanni Salum Jr., por suas idéias inspiradas, análises estatísticas e grande apoio; à Cláudia Wachleski, pelas horas infindáveis aplicando o MMPI e por seu companheirismo; à Carolina Blaya, por suas idéias e contribuições; à Ana Carolina Seganfredo e ao Luciano Isolan pelo companheirismo, ajuda e horas agradáveis. A todos os membros da equipe, obrigada.

À minha família e amigos. À minha mãe Vera Lúcia, que sempre me incentivou e impulsionou muito com seu amor e sua força, e que tudo me ensinou. Ao meu marido Cláudio, a quem agradeço de forma muito especial, por seu amor, por ter me tornado uma pessoa melhor, por me contagiar com sua tranquilidade e bom humor, tão imprescindíveis na concretização deste trabalho, e por estar me dando o meu maior presente: o João Victor.

Aos pacientes e voluntários que possibilitaram a realização desta pesquisa, bem como ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ao Serviço de Psiquiatria do HCPA e ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Muito obrigada.

SUMÁRIO

Resumo	XII
Abstract	XVI
1 APRESENTAÇÃO	19
2 INTRODUÇÃO	24
3 HIPÓTESES	84
4 OBJETIVOS	86
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	88
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
7 ARTIGOS	
7.1 Artigo 1 – versão em inglês	108
Trauma and Defense Style as Response Predictors of Pharmacological Treatment in Panic Patients.	
7.2 Artigo 1 – versão em português	126
Trauma e Estilo Defensivo como Preditores de Resposta ao Tratamento Farmacológico em Pacientes com Pânico	
7.3 Artigo 2 – versão em ingles	145
A Neurotic Pattern of Personality in Patients with Panic Disorder - Before and After Treatment	
7.4 Artigo 2 – versão em português	170
Padrão Neurótico de Personalidade em Pacientes com Transtorno do Pânico - Antes e Depois do Tratamento	
7.5 Artigo 3 – versão em ingles	198

The impact of personality traits on remission of panic disorder: a 2-year naturalistic follow-up	
7.6 Artigo 3 – versão em português	223
O impacto dos traços de personalidade na remissão do transtorno do pânico: um estudo de seguimento naturalístico de 2 anos	
8 DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS	249
8.1 Eventos	249
8.2 Publicações em Anais	250
8.3 Artigos publicados	250
9 LIMITAÇÕES	251
10 CONCLUSÕES	253
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes	257
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Controles	259
APÊNDICE 3 - Questionário Dados Gerais Pacientes	261
APÊNDICE 4 - Questionário Dados Gerais Controles	263
APÊNDICE 5 - Questionário Seguimento de 2 anos Pacientes	265
ANEXO A - Inventário do Pânico, GCI, Hamilton–A e D	270
ANEXO B - <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	275
ANEXO C - <i>Defense Style Questionnaire (DSQ – 40)</i>	277
ANEXO D – Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI)	280
ANEXO E – <i>Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ – IV)</i>	283
ANEXO F - Inventário de Temperamento e Caráter (TCI)	287

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Autodirecionamento
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AT	Autotranscendência
C	Cooperatividade
CGI	Impressão Clínica Global
CID	Classificação Internacional das Doenças
DG	Dependência de Gratificação
D	Depressão
DM	Depressão Maior
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª edição-texto revisado
DSQ	<i>Defense Style Questionnaire</i>
ED	Evitação de Dano
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Hs	Hipocondria
Hy	Histeria

ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
Ma	Hipomania
MF	Masculinidade-Feminilidade
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MMPI	Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade
Pa	Paranóia
Pd	Desvio Psicopático
PDE	<i>Personality Disorder Examination</i>
PDM	Manual Diagnóstico Psicodinâmico
PDQ	<i>Personality Diagnostic Questionnaire</i>
PPFP	Psicoterapia Psicodinâmica Focada no Pânico
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
Pt	Psicastenia
Sc	Esquizofrenia
SCID	<i>Structured Clinical Interview</i>
Si	Introversão-Extroversão
SIDP-R	<i>Structured Interview for DSM-III Personality Disorders</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCI	Inventário de Temperamento e Caráter
TP	Transtorno do Pânico
TPQ	<i>Tridimensional Personality Questionnaire</i>

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2

Versão em inglês

Figura 1. MMPI scores between Panic Patients and Controls in the baseline.

Figura 2. MMPI scores between Asymptomatic Panic Patients and Controls.

Figura 3. MMPI scores in panic patients before and after treatment.

Versão em português

Figura 1. Escores do MMPI entre pacientes com TP e controles na linha de base.

Figura 2. Escores do MMPI entre pacientes com TP Assintomático e Controles.

Figura 3. Escores do MMPI em pacientes com TP antes e depois do tratamento.

ARTIGO 3

Versão em Inglês

Figure 1. Flow Diagram showing the response outcome in acute response to Sertraline and across 2-year follow-up.

Versão em Português

Figura 1. Diagrama de fluxo mostrando os resultados das respostas agudas à sertralina e o seguimento de 2 anos.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Versão em Inglês

Table 1. Predictors of remission to pharmacological treatment in patients with PD.

Table 2. Multiple logistic regression results predicting clinical remission in PD patients.

Versão em Português

Tabela 1. Preditores de remissão ao tratamento farmacológico em pacientes com TP.

Tabela 2. Resultados da regressão logística múltipla predizendo remissão clínica em pacientes com TP.

ARTIGO 3

Versão em Inglês

Table 1. Symptom severity outcome measures across the study period (n=35).

Table 2. Factors of Temperament and Character in the TCI associated with being in remission in 2-year follow-up after 4 months of pharmacological treatment in PD patients.

Versão em Português

Tabela 1. Medidas de gravidade dos sintomas ao longo do período do estudo (n=35).

Tabela 2. Fatores de Temperamento e Caráter no TCI associados a estar em remissão no seguimento de 2 anos após 4 meses de tratamento farmacológico em pacientes com TP.

RESUMO

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico (TP) é uma doença crônica e recorrente. A presença de Transtornos de Personalidade associada tem sido considerada um fator que pode contribuir na cronicidade e dificuldade em tratar alguns pacientes com TP. No entanto, a influência dos aspectos de personalidade no TP ainda não é clara, com estudos mostrando resultados controversos.

OBJETIVOS

Avaliar os traços de personalidade de pacientes com TP, antes e depois de tratamento medicamentoso, comparados a um grupo controle, determinando suas implicações no tratamento agudo e em um seguimento naturalístico de 2 anos, bem como as de outros possíveis preditores de resposta (como estilo defensivo e história de trauma).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo longitudinal que consistiu de 2 fases, com uma amostra de pacientes com diagnóstico de TP, segundo o DSM-IV, provenientes do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ou selecionados diretamente para a pesquisa. Na primeira fase, 47

pacientes foram incluídos em um ensaio aberto com sertralina por um período de 16 semanas. Os pacientes foram avaliados por meio do MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview – DSM IV*), do CGI (*Clinical Global Impression*), do Inventário do Pânico e da Escala Hamilton-Ansiedade. O critério de remissão foi: $CGI \leq 2$ e ausência de ataques de pânico. O MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade) e o PDQ - IV (*Personality Diagnostic Questionnaire – IV*) foram utilizados para avaliação da personalidade. Nesta primeira fase, também foram incluídos 40 controles, que não preenchem critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos de Eixo I. Na segunda fase, em um seguimento naturalístico, os pacientes foram reavaliados 2 anos após terem participado do período de intervenção, por meio do CGI, do Inventário do Pânico e da Escala Hamilton-Ansiedade. Nesta fase, também foi aplicado o TCI (Inventário de Temperamento e Caráter).

RESULTADOS

Após o período de intervenção de 4 meses, 26 pacientes (65%) alcançaram remissão. Na linha de base, os escores de personalidade do MMPI foram significativamente mais altos nos pacientes comparados aos controles ($p < 0,001$). Comparando os 26 pacientes em remissão aos controles, as escalas hipocondria, depressão, histeria e psicastenia permaneceram com escores significativamente mais altos nos pacientes ($p < 0,05$), sugerindo que mesmo em sua fase assintomática, um padrão de personalidade da linha neurótica e ansiosa se mantém. As escalas do MMPI apresentaram mudança significativa, mas de pequena magnitude, ao final do tratamento, enquanto nenhuma escala do PDQ – IV mudou significativamente.

Foram preditores de pior resposta ao tratamento farmacológico agudo: idade de início do TP; gravidade; defesas imaturas; as escalas de personalidade paranóia, psicastenia e esquizofrenia do MMPI; e as escalas paranóide e obsessivo-compulsiva do PDQ. Após uma análise controlada, idade de início, CGI e defesas imaturas mantiveram-se preditoras no tratamento agudo.

Na avaliação de 2 anos, verificou-se que todas as escalas sintomáticas indicaram uma manutenção dos escores alcançados após o tratamento de 4 meses. No entanto, 37% dos pacientes não mostravam remissão e 74% permaneciam em tratamento. O uso de defesas neuróticas e as escalas de temperamento de busca de novidades e evitação ao dano associaram-se com pior resultado aos 2 anos, enquanto a escala de caráter autodirecionamento foi mais alta nos pacientes que estavam em remissão.

CONCLUSÕES

Os padrões mais característicos da personalidade no TP (ansioso e neurótico), mesmo que influenciados (exacerbados) por sintomas, são mantidos quando o paciente está assintomático e podem ser pesquisados. O TP apresentou uma boa resposta ao tratamento agudo. No entanto, mesmo com os ganhos mantidos, mostrou uma alta taxa de cronicidade no seguimento de 2 anos. Os fatores associados à remissão dos sintomas parecem ser diferentes em curto e longo prazos. No tratamento agudo, os preditores principais são os mais relacionados com o estado de ansiedade e o funcionamento imaturo. Por outro lado, no seguimento de longo prazo existe influência das características mais persistentes dos pacientes, como os aspectos de personalidade, medidos através do temperamento e caráter, e o funcionamento neurótico. A pesquisa aponta para

a importância dos estudos de personalidade, temperamento e caráter, e do funcionamento defensivo no TP para que estratégias mais efetivas de tratamento sejam testadas, visando a trabalhar também com esses fatores.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Panic Disorder (PD) is a recurrent and chronic disorder. The co-morbidity of personality disorders with PD has been considered a factor that might contribute to chronicity and the difficulty to treat some patients. However, the influence of the personality aspects in PD is still not clear and studies show controversial results.

OBJECTIVE

To evaluate personality traits in patients with PD, before and after pharmacological treatment, as compared to a control group, determining their influence in acute treatment outcomes and in a 2 year naturalistic follow-up, as well as to verify other predictors of response (as the defense style and the history of trauma).

METHODS

A longitudinal study that consisted of 2 phases was performed with a sample of patients that fulfilled diagnostic criteria for PD according to DSM-IV from the Anxiety Disorders Program (PROTAN) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, or selected directly to the research. In the first phase, 47 patients were included in an open trial with sertraline for 16 weeks. Patients were evaluated through MINI (Mini

International Neuropsychiatric Interview – DSM-IV), CGI (Clinical Global Impression), Panic Inventory and Hamilton-Anxiety Scale. CGI \leq 2 and no panic attacks were considered remission. The MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) and the PDQ-IV (Personality Diagnostic Questionnaire – IV) were used to evaluate personality. In this first phase, 40 controls without axis I disorders were also included. In the second phase, a naturalistic follow-up study, patients were reevaluated through CGI, Panic Inventory and Hamilton-Anxiety Scale, 2 years after have participated in the intervention period. In this phase temperament and character were assessed through the TCI (Temperament and Character Inventory).

RESULTS

After the 4 months intervention period, 26 (65%) patients achieved remission. In the baseline, the MMPI personality scores were significantly higher in patients as compared to controls ($p < 0.001$). Comparing the 26 remitted patients to controls, the scales hypochondriasis, depression, hysteria and psychasthenia remain with scores significantly higher in patients ($p < 0.05$), suggesting that a neurotic and anxious personality pattern remains in the asymptomatic phase. The MMPI scales changed significantly, but with a small magnitude at the end of the treatment, while none of the PDQ-IV scale changed significantly.

The predictors of acute worse response were: age of onset, severity, immature defenses, the personality scales paranoia, psychasthenia and schizophrenia in MMPI, and scales paranoid and obsessive-compulsive in PDQ. After a controlled analysis age of onset, severity and immature defenses remain as predictors of acute treatment.

In the 2-year evaluation, all symptomatic scales keep the scores achieved after the 4-month treatment. However, 37% of patients didn't show remission and 74% remain in treatment. The use of neurotic defenses and the temperament novelty seeking and harm avoidance were associated with worse outcome in the 2-year follow-up, while the character trait of self-directedness was higher in patients who remitted.

CONCLUSIONS

The more characteristics personality patterns in PD (anxious and neurotic) even though influenced (exacerbated) by symptoms, remain when patient is asymptomatic and might be investigated. PD presented a good response to acute treatment. However, even with the maintenance of gains, PD patients showed a high chronicity rate in the 2-year follow-up. The factors associated with outcome might be different in short-term and long-term follow-ups. In acute treatment, the main predictors were more related to the anxiety state and the immature functioning. On the other hand, there is an influence of more persistent patients' characteristics, as personality aspects measured by temperament and character, and the neurotic functioning in the longer follow-up. This study suggest the importance of studying personality, temperament and character, and defensive functioning in PD patients, so that more effective treatment strategies might be tested in order to work also with these factors that might contribute to PD chronicity.

1 APRESENTAÇÃO

O Transtorno do Pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes, que se seguem por, pelo menos, um mês de preocupação persistente com relação à possibilidade de ter novos ataques (ansiedade antecipatória) e às suas conseqüências, e por uma significativa alteração comportamental em razão desses (evitação fóbica) (APA, 1994, 2002).

O TP é considerado um problema de alta morbidade e de elevado custo médico-social em função da grande utilização dos serviços hospitalares, da diminuição da produtividade e de prejuízo na qualidade de vida (Pollack et al., 1990; Kessler et al., 1994; Marshall, 1997; Roy-Byrne et al., 1999; Mendlowicz & Stein, 2000; Lépine, 2002). Além disso, pesquisas têm demonstrado que o TP, em geral, tem um curso crônico, com muitos pacientes apresentando recaídas ou remissão parcial da doença (Pollack et al., 1990; Pollack & Smoller, 1995; Pollack & Marzol, 2000; Slaap & den Boer, 2001; Carpiniello et al., 2002; Andersh & Hetta,

2003; Rubio & Lopez-Ibor, 2007). Em função da prevalência, morbidade e cronicidade do TP, torna-se importante identificar prováveis fatores que possam estar relacionados à cronicidade da doença, para a formulação de tratamentos de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, reconhecendo aqueles para os quais possam estar indicadas intervenções associadas aos tratamentos farmacológicos (Starcevic & Uhlenhuth, 1998).

Dentre os fatores que têm sido estudados, os quais poderiam contribuir para a gravidade e cronicidade dos sintomas, bem como para uma vulnerabilidade aumentada ao início da doença, estão características de personalidade, comorbidade com transtornos de personalidade e fatores psicodinâmicos (Pollack & Smoller, 1995; Slaap & den Boer, 2001).

Fatores que evidenciam o funcionamento global do indivíduo, como os fatores de vulnerabilidade, de personalidade e psicodinâmicos, nem sempre são utilizados na avaliação, no diagnóstico e na escolha dos tratamentos dos transtornos psiquiátricos, uma vez que geralmente se está mais centrado na presença ou ausência dos critérios diagnósticos para determinado transtorno psiquiátrico. Diversos estudos, entretanto, demonstram que o conhecimento dos fatores psicodinâmicos e de funcionamento tem-se mostrado importante na avaliação e no tratamento dos transtornos psiquiátricos (Karasu & Skodol, 1980; Perry & cols., 1987; Shapiro, 1989). Investigações epidemiológicas também têm evidenciado a importância, na gênese de sintomas neuróticos, dos fatores de personalidade, dos eventos de vida estressores e da perda de controle e do suporte social (Andrews, 1989, 1990). Outros autores acreditam que pesquisas

devem ser delineadas para identificar traços que possam predispor ao pânico e para definir tratamentos para tais traços (Andrews et al., 1990; Shear et al., 1993).

A influência dos fatores de personalidade em psicopatologia tem sido tema de pesquisa nas décadas recentes, sendo ainda controverso o impacto real dos traços de personalidade no risco para desenvolver TP e para o seu prognóstico (Mennin & Heimberg, 2000; Reich, 2003; Johnson et al., 2006). Alguns estudos constataram que esses traços e/ou fatores exercem uma influência deletéria nos resultados de tratamentos efetivos (Noyes et al., 1990; Pollack et al. 1990; Reich, 1990, 1991; Pollack et al., 1992; Black et al., 1994; Ito et al., 1995; Mennin & Heimberg, 2000; Slaap & den Boer, 2001; Berger et al., 2004), enquanto outros não evidenciaram tal efeito (Clair et al., 1992; Marchand & Wapler, 1993; Dressen et al., 1994; Dressen et al., 1998; Hofmann et al., 1998; Massion et al., 2002; Reich, 2003). Além disso, outra questão em debate diz respeito à estabilidade de um diagnóstico de personalidade. Por definição, os traços e os transtornos de personalidade são características de um padrão de comportamento altamente estável (APA, 1994, 2002). Alguns autores, contudo, têm questionado essa estabilidade, apontando para a possibilidade de que as características de personalidade possam ser influenciadas por sintomas agudos e pela passagem do tempo (Seivewright et al., 2002; Rocca et al., 2006). Poucos estudos foram observados na fase assintomática do TP (Ito et al., 1995; Hoffart & Hedley, 1997), tornando difícil avaliar quais das características de personalidade identificadas poderiam ser primárias e inerentes à personalidade dos indivíduos e quais seriam consequência de uma reorganização do seu funcionamento em função dos

sintomas. Isso seria fundamental para que se pudesse avaliar conclusivamente se os pacientes com pânico realmente têm algum padrão de traços de personalidade que os caracteriza como um grupo, além dos sintomas agudos do pânico.

Os mecanismos de defesa representam outra dimensão importante da estrutura da personalidade e do funcionamento psicodinâmico. Estudos mostram que pacientes com TP utilizam um perfil de mecanismos de defesa mais mal-adaptativo em relação a indivíduos normais, e que esse estilo defensivo pode estar associado a pior prognóstico (Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997; Heldt et al., 2003, 2006; Kipper et al., 2004, 2005). O estudo dos mecanismos de defesa foi contemplado em uma parte da mesma amostra de pacientes com TP (DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, 2003), visando o presente trabalho a aprofundar e dar seguimento àquele estudo, ampliando-o para a avaliação de traços de personalidade e de características de vulnerabilidade ao pânico e seu tratamento. Está inserido em linha de pesquisa do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN), que investiga fatores de resposta ao tratamento, fatores prognósticos, curso e cronicidade, bem como aspectos de personalidade e fatores psicodinâmicos que possam ter relevância no TP.

Apesar dos recentes avanços na pesquisa dos aspectos neurobiológicos e cognitivo-comportamentais do TP (Manfro et al., 1996; Ninan & Dunlop, 2005; Otto & Deveney, 2005; Pollack, 2005), ainda não se obteve completo entendimento acerca da fisiopatologia, da etiologia e da adequação dos tratamentos aos fatores que podem ter influência sobre a cronicidade da doença. Mostram-se necessários, pois, estudos que visem a uma melhor compreensão dos

fatores de personalidade e de vulnerabilidade que possam estar associados à etiologia ou ao prognóstico dos pacientes com TP, assim como estudos que demonstrem o que é possível avaliar enquanto o paciente está sintomático.

Os objetivos deste trabalho são determinar os aspectos de personalidade em pacientes com TP, antes e após o tratamento medicamentoso, traçando o perfil de personalidade apresentado por eles em comparação aos controles, e avaliar sua associação com a resposta ao tratamento, o curso e a cronicidade da doença. Pretende-se, ainda, examinar outros possíveis fatores preditores relacionados à sua vulnerabilidade e cronicidade.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O TRANSTORNO DO PÂNICO

2.1.1 Apresentação Clínica e Critérios Diagnósticos

Referências à descrição dos sintomas do TP podem ser encontradas já nos escritos de Freud, que os denominou “neurose de angústia” ou “neurose atual”, por volta de 1895, em sua obra "A Neurastenia e a Neurose de Angústia".

O Transtorno do Pânico, enquanto entidade nosológica individual integrante dos transtornos de ansiedade, surge com a edição do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), em 1980, tendo sido definido como “o início súbito de uma intensa preocupação, medo ou terror, freqüentemente associado com sentimentos de catástrofe iminente”, acompanhados de sintomas físicos e afetivos.

Segundo a 4ª edição do DSM (APA, 1994), e de sua edição-texto revisado (DSM-IV-TR, 2002), e de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição (CID 10, 1993), o TP caracteriza-se pela presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes, que atingem o pico máximo em até 10 minutos, acompanhados por uma sensação de medo iminente ou urgência para escapar e em que um dos ataques, durante um período mínimo de 1 mês, tenha sido seguido por, pelo menos, uma das seguintes reações :

- preocupação persistente com a possibilidade de ter um novo ataque,
- preocupação com as implicações do ataque e suas conseqüências (perda do controle, ter um “ataque cardíaco”, ou “ficar louco”),
- alteração significativa no comportamento em função dos ataques.

Para o diagnóstico, segundo o DSM-IV-TR, o paciente deve ter vivenciado ataques inesperados, embora, com o desenvolvimento da doença, os ataques possam vir a ser situacionais.

De acordo com o DSM IV e DSM-IV-TR (APA, 1994, 2002), o paciente com TP, quando apresenta ataques de pânico freqüentes e graves, associados ao desenvolvimento de ansiedade antecipatória, ou seja, ao medo de ter um novo ataque, pode passar a evitar as situações que relaciona com os ataques, o que o leva a um comportamento fóbico e evitativo. Quando esse comportamento se acentua, o paciente torna-se agorafóbico. A agorafobia

consiste no medo que o paciente experimenta quando está em locais dos quais possa ser difícil sair ou encontra-se em situações para as quais possa ser difícil obter auxílio no caso de ocorrer um ataque de pânico. Como resultado, há restrições quanto a realizar viagens, freqüentar lugares públicos, estar entre multidões ou há a necessidade de ter uma companhia ao sair de casa (Katon, 1991).

2.1.2 Epidemiologia

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes transtornos psiquiátricos, alcançando uma taxa de 28,8%, e apresentam idades de início mais precoces se comparadas às de outros transtornos psiquiátricos (Kessler et al., 2005). No Brasil, os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, sendo de 9,6% a sua prevalência na cidade de Porto Alegre (Almeida et al., 1992).

A prevalência do TP durante toda a vida, com ou sem agorafobia, situa-se entre 1,5 a 3,5% em amostras comunitárias. Em amostras clínicas, as taxas são consideravelmente maiores (10 a 60%). Cerca de um terço à metade dos indivíduos diagnosticados com TP em amostras comunitárias apresentaram agorafobia, embora uma freqüência muito superior seja encontrada em amostras clínicas (APA, 1994, 2002; Kessler et al., 1994; Lépine, 2002).

Pesquisas recentes relatam uma prevalência ao longo da vida para TP sem agorafobia de até 4% e com agorafobia em torno de 1,1%, sendo as mulheres e os indivíduos sem companheiros e/ou de baixo nível socioeconômico os que parecem apresentar um risco aumentado para TP com ou sem agorafobia. Além disso, pacientes com TP e agorafóbicos tendem a procurar tratamento com maior frequência, a ter uma idade de início mais precoce do TP e a apresentar episódios de maior duração e mais comorbidades com transtornos de eixo I e II (Grant et al., 2006; Kessler et al., 2006).

O TP geralmente manifesta-se no final da adolescência ou no início da idade adulta, quando se processam definições e escolhas que podem ser afetadas pela doença, e acomete duas a três vezes mais o sexo feminino do que o masculino (Kessler et al., 1994; Lépine, 2002).

Entre os pacientes com transtornos de ansiedade, são justamente os com TP aqueles que mais utilizam os recursos de saúde e apresentam o maior custo social (Lépine, 2002). O uso dos serviços primários pelos portadores desse transtorno é três vezes maior do que o da população em geral, podendo, desta forma, ser o TP considerado uma condição freqüente e uma questão de saúde pública (Roy-Byrne et al., 1999).

2.1.3 Etiologia

Diversos são os fatores que têm sido implicados na etiologia do TP, dentre eles os biológicos, os genéticos, os cognitivo-comportamentais, os psicodinâmicos e os ambientais (Katon, 1991; Pollack & Smoller, 1995; Goddard & Charney, 1997). Embora a maioria dos pacientes identifique um fator precipitante relacionado ao início da sua patologia (Uhde et al., 1985; Faravelli, 1985; Manfro et al., 1996), o TP persiste mesmo após o desaparecimento desse estressor.

Em relação aos fatores biológicos e genéticos, várias alterações biológicas têm sido descritas na gênese do TP, incluindo alterações no sistema noradrenérgico, serotoninérgico, gabaérgico e quimiorreceptores (Deakin & Graeff, 1991; Graeff, 1997). Além disso, evidências sugerem que o TP no adulto poderia ser a manifestação de uma vulnerabilidade constitucional subjacente, ou diátese para ansiedade, a qual seria herdada geneticamente e expressa de forma variável ao longo da vida (Kagan et al., 1988; Rosenbaum et al., 1988, 1993; Biederman et al., 1990; Pollack & Smoller, 1995; Pollack et al., 1996; Manfro et al., 2002).

Estudos com gêmeos fornecem alguma indicação do papel relativo da herança e do ambiente comum no TP (Torgersen, 1983). Em conjunto, os fatores genéticos e ambientais e os antecedentes psicopatológicos são componentes importantes para o início da doença, que começa, muitas vezes, no contexto de eventos vitais estressantes (Katon, 1991).

As principais hipóteses psicológicas (ou psicossociais) para a etiologia do TP são a cognitivo-comportamental e a psicodinâmica.

Segundo a teoria cognitivo-comportamental, os ataques de pânico derivariam de interpretações catastróficas equivocadas de certas manifestações corporais (Clark, 1986). A interpretação seria de perigo iminente, o que dispararia ou intensificaria as sensações corporais, confirmando, assim, o “perigo” e gerando mais interpretações catastróficas e ansiedade, em uma espiral crescente e rápida. Para Barlow (1988), que ampliou esse conceito, o ataque de pânico inicial consistiria em um “alarme falso”, deflagrado pelo aumento momentâneo do nível de estresse da vida, que ocorreria em indivíduos biológica (herança genética) ou psicologicamente (sensibilidade a sintomas de ansiedade) vulneráveis. Essa teoria também salienta a influência dos fatores socioculturais no surgimento da agorafobia, em que o medo estaria associado a estímulos ambientais. Após o primeiro ataque, a pessoa tornar-se-ia apreensiva em relação a ataques futuros.

Alguns autores dedicaram-se ao estudo dos fatores psicodinâmicos que podem estar associados ao início do TP ou a uma maior vulnerabilidade psicológica ao transtorno (Shear & cols, 1993; Mihaljevic ZV, 1998). Trabalhos sugerem que pacientes com TP apresentam certa vulnerabilidade psicológica que precede o início do transtorno, demonstrando o papel do estresse e de eventos de vida estressores precedentes aos primeiros episódios de pânico (Roy-Byrne et al., 1986; Rappe et al., 1990; Manfro et al. 1996; Berzega et al., 2001; Venturello et al., 2002). Os estudos corroboram as teorias de que eventos de vida podem agir como desencadeantes em indivíduos com determinadas características de personalidades preexistentes, sinalizando para a importância dos traços e fatores de vulnerabilidade.

Um fator que tem sido considerado em algumas pesquisas é a forma como as pessoas habitualmente respondem diante de estressores e que tipos de comportamentos adotam, uma vez que estes poderiam reduzir ou agravar o fator estressor (Andrews, 1989). Nesse sentido, estudos demonstraram que pacientes com TP utilizam um perfil de mecanismos de defesa mais mal-adaptativo em comparação a indivíduos normais (Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997; Kipper et al., 2003, 2004, 2005) e que esse estilo defensivo está associado a uma pior resposta ao tratamento cognitivo-comportamental (Heldt et al. 2003, 2006). O pânico foi considerado por Andrews & cols. (1990) como um sintoma neurótico; os autores sugeriram, ainda, que fatores de personalidade predisponentes estariam envolvidos no desenvolvimento de tais sintomas. Esses pacientes “neuróticos” seriam caracterizados por experiências de vida adversas e incapacidade de usar formas maduras de lidar com estressores.

Shear et al. (1993) sugeriram um modelo de entendimento psicodinâmico para o TP em que uma vulnerabilidade neurofisiológica inata predisporia ao medo precoce em relação a situações não familiares, as quais, juntamente com experiências ambientais, como a exposição a comportamentos paternos amedrontadores e controladores, predisporiam o indivíduo a distúrbios nas relações objetais e a uma resolução incompleta dos conflitos entre dependência e independência. Os autores sugerem que sensações físicas menores ou leves provocam pânico, porque elas se originariam de afetos negativos altamente ameaçadores (agressividade e raiva), cujas defesas, que permaneceram imaturas nesses indivíduos, seriam incapazes de controlar. Esse

fenômeno representaria uma tentativa de evitar conteúdos psíquicos dolorosos (por exemplo, medo de perder o controle dos impulsos agressivos, ou medo da perda do objeto, ou do amor e aprovação do objeto) (Busch, Milrod & Singer, 1999). Como não dispõem de uma “linguagem afetiva” para descrever o que estão experimentando, retornam a uma expressão somática de experiências de emoções (Schwartz, 1994). Alguns estudos que procuraram avaliar a percepção dos pacientes com TP em relação aos cuidados e estilos parentais, bem como os que identificaram traços de comportamento inibido em crianças como um preditor de transtornos de ansiedade na vida adulta, parecem corroborar a teoria acima descrita (Rosenbaum et al., 1988, 1991; Biederman et al., 1993; Faravelli et al., 1991; Wiborg & Dahl, 1997; Isolan et al., 2005). O modelo proposto sugere que os traços neuróticos e de medo representariam fatores de risco ao início dos ataques de pânico, assim como reações ao pânico (Shear et al., 1993).

Informações mais detalhadas sobre os fatores etiológicos no TP foram contempladas e podem ser obtidas em Kipper L, DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, 2003.

2.1.4 Curso e Prognóstico

As pesquisas têm demonstrado que o TP, em geral, tem um curso crônico. Embora muitos estudos tenham confirmado a efetividade dos tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais para o TP, muitos são os pacientes que apresentam recaídas ou remissão parcial da doença (Pollack et al. 1990;

Faravelli et al., 1995; Starcevic & Uhlenhuth, 1998; Pollack & Marzol, 2000; Toni et al., 2000; Slaap & den Boer, 2001; Carpiniello et al., 2002). Alguns estudos naturalísticos de seguimento evidenciaram que, após 6 a 10 anos de tratamento, cerca de 30% dos pacientes encontram-se assintomáticos, 40 a 50% estão melhores, mas ainda sintomáticos, e 20 a 30% não apresentam melhoras ou pioram. Outros estudos de seguimento mostraram que o TP pode apresentar um curso crônico em cerca de até 80% dos pacientes (APA, 1994, 2002; Pollack et al., 1990; Roy-Byrne & Cowley, 1995; Starcevic & Uhlenhuth, 1998; Roy-Byrne et al., 1999; Pollack & Marzol, 2000; Simon et al., 2002). Em um estudo naturalístico de 8 anos de seguimento, Yonkers et al. (2003) evidenciaram que os pacientes que estavam em remissão haviam melhorado durante os primeiros 2 anos. As taxas de cronicidade geralmente são mais altas se se considerar o TP com agorafobia (Keller et al., 1994; Carpiniello et al., 2002). Nesse caso, Carpiniello et al. (2002) constataram que aproximadamente 25% dos pacientes estavam em remissão, 60% relatavam dificuldades significativas na realização das atividades diárias e 72% permaneciam em tratamento farmacológico em um seguimento de 40 meses. Já um estudo de seguimento de 15 anos evidenciou que 18% dos pacientes alcançaram remissão total, 13%, melhoras, mas ainda sob medicação, 51% apresentavam ataques de pânico recorrentes e 18% ainda preenchiam critérios diagnósticos para TP (Andersch & Hetta, 2003). O estudo de seguimento mais longo e recente encontrado na literatura, com um tempo médio de seguimento desde o início do tratamento de 47 anos, também mostrou que o TP tende a ser crônico e que, após várias décadas, os pacientes melhoram em relação ao

número de ataques de pânico, mas a maioria permanece com sintomas residuais (Rubio & Lopez-Ibor, 2007).

Dentre os fatores que contribuem para a cronicidade dos sintomas, são apontados: comorbidades com outros transtornos de ansiedade, com depressão e com transtornos de personalidade; fatores psicodinâmicos; presença de transtornos de ansiedade na infância; experiências traumáticas; abuso de substâncias; tempo de duração da doença; evitação fóbica grave; presença de sintomas residuais após o tratamento, e sexo feminino (Pollack et al., 1990; Black et al., 1994; Katschnig et al., 1995; Pollack & Smoller, 1995; Lecrubier, 1998; Michelson et al., 1998; Starcevic & Uhlenhuth, 1998; Pollack et al., 2000; Toni et al., 2000; Slaap & den Boer, 2001; Weisberg et al., 2002; Heldt et al., 2006; Marchesi et al., 2006). Outros preditores estudados de pior resultado aos tratamentos foram desemprego, consultas recentes a emergências médicas, nível socioeconômico baixo e comorbidades médicas (Roy-Byrne et al., 2003); bem como pobre adesão ao tratamento e número de episódios do TP (Rubio & López-Ibor, 2007).

Entre as complicações da doença são freqüentes ansiedade antecipatória persistente, evitação fóbica, comorbidade com outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de álcool e drogas e transtornos somatoformes, além de aumento da morbidade em função de risco para doenças cardiovasculares, arritmias e suicídio (Pollack & Smoller, 1995; Pollack et al., 2003). Os pacientes com TP apresentam freqüentemente uma percepção empobrecida de sua saúde física e das suas condições emocionais, com aumento

do risco para abuso de álcool, de problemas financeiros e de relações interpessoais. Muitos estudos têm demonstrado o impacto negativo do TP no funcionamento físico, social, profissional, familiar com prejuízo à qualidade de vida (Pollack & Marzol, 2000; Pollack et al., 2003; Latas et al., 2004).

Além disso, o TP tem sido associado a um alto custo médico-social, pois em torno de 30% dos pacientes com pânico são atendidos em emergências hospitalares, sendo 12,6 vezes mais provável que venham a procurar esse tipo de serviço do que a população em geral. As visitas médicas, por ano, dos portadores de TP são sete vezes mais freqüentes do que as da população em geral, podendo os sintomas físicos desse transtorno mimetizar doenças cardiorrespiratórias, gastrointestinais e otoneurológicas. Os portadores de pânico não tratados apresentam um alto grau de prejuízo funcional, como faltas ao emprego e diminuição da produtividade, do que decorre sua dependência financeira (Marshall, 1997; Roy-Byrne et al., 1999; Pollack et al., 2003).

2.1.5 Tratamento

A maior parte das pesquisas relacionadas ao tratamento do TP concentra-se nos tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais. Algumas questões, no entanto, ainda não estão devidamente determinadas, como quais seriam as combinações mais efetivas no tratamento do pânico e dos fatores associados à vulnerabilidade ao pânico, com que duração e para quais pacientes particulares. Recomenda-se que o terapeuta forneça ao paciente informações

sobre as alternativas de tratamento, salientando as vantagens e as desvantagens de cada uma, devendo a opção ser feita em conjunto, considerando-se a história e as preocupações específicas do indivíduo.

Em relação ao tratamento farmacológico, os antidepressivos e os benzodiazepínicos de alta potência são os principais psicofármacos utilizados no tratamento do TP. Os psicofármacos atuam principalmente no bloqueio dos ataques de pânico e no tratamento das comorbidades freqüentemente associadas ao TP, como depressão, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo. Nas últimas décadas, os fármacos mais utilizados no TP, em função de sua eficácia comprovada em ensaios clínicos randomizados e do baixo perfil de efeitos adversos, são os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), como a fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina e o citalopram (den Boer, 1998; Sheehan, 1999; Pollack et al., 2003; Manfro & Blaya, 2004). Os ISRS, em monoterapia ou em combinação com benzodiazepínicos de alta potência, são considerados os tratamentos de primeira escolha pela maioria das pesquisas recentes na área do TP (Gorman, 1997; Spiegel & Bruce, 1997; Yacubian & Minutentag, 2001; Manfro & Blaya, 2004). Dentre os ISRS que apresentam boa eficácia no tratamento do TP, encontra-se a sertralina, sendo esta a medicação escolhida no presente trabalho para o tratamento do TP, em função de ter sua eficácia comprovada em diversos ensaios clínicos controlados contra placebo (Pollack et al. 1998; Londborg et al. 1998; Pohl et al. 1998; Rapaport et al. 1998; Pollack et al., 2000; Rapaport et al. 2000; Goddard et al. 2001; Rapaport et al. 2001a, 2001b; Sheikh et al. 2000; Yacubian et al. 2001; Pollack et al. 2002).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a modalidade psicoterapêutica mais estudada no TP e vem sendo indicada em qualquer fase do tratamento, bem como em pacientes que apresentem resposta parcial ao tratamento farmacológico, ou seja, que permanecem com sintomas residuais como ansiedade antecipatória e evitação fóbica, ou, ainda, em pacientes que tenham alguma contra-indicação aos fármacos (Pollack et al., 1994; Otto, 2005). A TCC tem por objetivo corrigir as interpretações catastróficas e os medos condicionados das sensações corporais e das evitações. Diversos estudos comprovaram a efetividade da TCC individual ou em grupo no tratamento do TP (Biondi & Picardi, 2003; Craske et al., 2005; Mitte, 2005; Furukawa et al., 2007), demonstrando que a TCC pode modificar o curso do TP tanto em curto como em longo prazos (Otto & Whittal, 1995; Heldt et al., 2003, 2006).

Observa-se um retorno do interesse pela compreensão psicodinâmica e pela pesquisa de técnicas psicodinâmicas no TP, em função da observação de que, embora os tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais tenham se mostrado efetivos, muitos pacientes com TP apresentam recaídas após esses tratamentos, e outros tantos são refratários aos tratamentos preconizados. Para Andrews et al. (1990), um tratamento adequado deve envolver não apenas a resolução aguda de sintomas, mas também o tratamento de fatores de vulnerabilidade, que parecem ser centrais nesse transtorno. Alguns autores acreditam que a reintrodução de uma perspectiva psicodinâmica pode ser útil em futuras estratégias de pesquisas para identificar traços que possam predispor ao pânico e definir tratamentos para tais traços

(Shear et al., 1993; Milrod et al., 2007). Nota-se na literatura, no entanto, uma escassez de estudos bem delineados que demonstrem a efetividade da psicoterapia psicodinâmica no TP.

Wiborg & Dahl (1996) realizaram um ensaio clínico randomizado comparando a resposta da clomipramina, administrada por 9 meses, à da clomipramina, por igual período, combinada com psicoterapia psicodinâmica breve (15 sessões). Os pacientes que receberam tratamento combinado apresentaram escores significativamente mais baixos nas escalas de ansiedade aos 9 meses. Além disso, no período de seguimento de 18 meses, a taxa de recaída foi significativamente maior no grupo que recebeu apenas o tratamento com clomipramina.

Utilizando a Psicoterapia Psicodinâmica Focada no Pânico (PPFP), Milrod et al. (2007) realizaram um ensaio clínico randomizado controlado, comparando a PPFP a um treinamento de relaxamento, por 12 semanas. Mostrou-se a eficácia preliminar dessa psicoterapia psicodinâmica, uma vez que os pacientes que a realizaram apresentaram maior redução na gravidade dos sintomas do pânico, além de maiores chances de resposta ao término do tratamento.

Informações detalhadas sobre o tratamento do TP podem ser obtidas em Kipper L, DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, 2003.

2.2 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO

– Implicações no Diagnóstico, Curso e Prognóstico*

* Adaptado de: Kipper et al. TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO - implicações no diagnóstico, curso e prognóstico. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 23(3): 188-195, 2001. Ampliado e atualizado com referências a partir de 2002.

2.2.1 Traços e Transtornos de Personalidade

2.2.1.1 Conceitos e Diagnóstico

A personalidade de um indivíduo pode ser definida como complexa e única. Todo indivíduo possui uma personalidade, que representa o que ele é em vez de o que ele *tem*. Em 1937, Allport definiu personalidade como “uma organização dinâmica, no interior do indivíduo, de sistemas psicofísicos (mentais/neurais), que determinam seu ajustamento particular ao ambiente”. Também se pode defini-la como sendo as maneiras relativamente estáveis de a pessoa pensar, sentir, comportar-se e relacionar-se. Atualmente, é amplamente aceito que a personalidade desenvolve-se por meio de interações de predisposições hereditárias e de influências ambientais (Svrakic & Cloninger, 2005; PDM, 2006). Todos os indivíduos possuem um conjunto de pressupostos individuais e de valores, um repertório pessoal de emoções, com formas típicas de lidar com elas, e modos característicos de comportamento, especialmente nas relações pessoais. As formas como o indivíduo tenta acomodar as exigências da vida e reduzir a ansiedade, a dor e as ameaças à auto-estima são aspectos importantes da personalidade. Dependendo de fatores culturais, alguns padrões serão mais adaptativos que outros (PDM, 2006). Desse modo, a personalidade pode ser entendida como o resultado do processo dinâmico e contínuo de conciliar características individuais ao ambiente (Cloninger, 1987).

Traços de personalidade são definidos como modelos consistentes de comportamento, emoção e cognição, podendo ser identificados precocemente na vida, permanecendo altamente estáveis ao longo do tempo. Assim como mostram padrões persistentes no modo de o indivíduo perceber, relacionar-se e pensar (APA, 1994, 2002).

Quando esses traços são inflexíveis e mal-adaptativos, causando prejuízo funcional ou sofrimento significativo, são considerados Transtornos de Personalidade. Os transtornos de personalidade são caracterizados por modelos mal-adaptativos de comportamento e, por definição, referem-se a um padrão persistente e relativamente estável ao longo do tempo na forma como a pessoa pensa, sente e comporta-se (APA, 1994, 2002). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV e DSM-IV TR) exige os seguintes critérios para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade:

- Padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta nas seguintes áreas (pelo menos duas): cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos.

- Esse padrão deve caracterizar-se por ser persistente e inflexível, abrangendo uma ampla faixa de situações pessoais e sociais, que provoquem sofrimento ou prejuízo, e ser estável e duradouro, podendo seu início remontar à adolescência ou ao início da idade adulta (APA, 1994, 2002).

Os transtornos de personalidade são prevalentes e crônicos. A prevalência estimada na população em geral situa-se entre 10 e 20%. Aproximadamente metade da população de pacientes psiquiátricos apresenta transtornos de personalidade, freqüentemente em comorbidade com transtornos de eixo I. Esses pacientes apresentam em geral prejuízos crônicos em suas capacidades produtiva e de relacionamento, com tendência à dependência a substâncias, a um menor nível educacional, a permanecerem solteiros e/ou desempregados e a apresentarem dificuldades conjugais, além de utilizarem com freqüência os serviços de saúde e benefícios sociais (Svrakic & Cloninger, 2005). Muitos pacientes com transtornos de personalidade buscam tratamento devido à pressão de amigos e parentes, que se mostram preocupados com seus comportamentos, os quais são minimizados ou ignorados pela pessoa. Outros procuram tratamento por conta própria, muitas vezes não para o transtorno de personalidade, mas para outros sofrimentos específicos, como ansiedade, depressão, sintomas somáticos, fobias e problemas de relacionamentos, dentre outros (PDM, 2006). Observa-se, nas últimas décadas, um crescimento importante no interesse clínico e da pesquisa em relação aos transtornos de personalidade. Com a introdução de critérios diagnósticos e do sistema diagnóstico multiaxial na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III, 1980), os transtornos de personalidade têm sido diagnosticados mais freqüentemente e de forma mais sistemática. De acordo com esse sistema multiaxial, os transtornos de personalidade são classificados no eixo II.

Os subtipos de transtornos de personalidade classificados no DSM-IV-TR e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) são os seguintes:

■ Agrupamento A - de natureza estranha ou excêntrica:

- Paranóide
- Esquizóide
- Esquizotípica (no CID-10, é classificado no eixo I)

■ Agrupamento B - de natureza instável, dramática, impulsiva ou emotiva:

- Anti-social
- Borderline
- Histriônica
- Narcisista

■ Agrupamento C - de natureza ansiosa ou temerosa:

- Esquiva (ou Evitativa)
- Dependente
- Obsessivo-Compulsiva

Além desses, o DSM-IV-TR classifica os transtornos de personalidade passivo-agressiva e depressiva, para estudos adicionais.

Os transtornos de personalidade podem ser classificados utilizando-se sistemas categóricos ou dimensionais. Os descritos no DSM representam critérios categóricos com enfoque diagnóstico, em que os transtornos denotam categorias ou síndromes clínicas distintas, as quais necessitam preencher determinado número de critérios para que estejam presentes ou ausentes (indivíduo afetado ou não-afetado). Historicamente o diagnóstico médico tem sido categórico, uma vez que isso facilita as decisões sobre a necessidade de tratamento na prática clínica, simplificando e uniformizando a comunicação profissional. Outros enfoques ou modelos utilizam uma perspectiva dimensional, na qual se considera que existam variações mal-adaptativas de traços de personalidade, admitindo-se que as características de personalidade estejam situadas em um *continuum* entre normalidade e patologia, existindo, portanto, um *continuum* entre a personalidade normal e traços patológicos de personalidade. No extremo saudável do espectro da personalidade, situam-se as pessoas que conseguem se relacionar de modo satisfatório, funcionam de forma relativamente flexível diante de estressores externos ou conflitos internos, têm um senso claro de identidade pessoal, são bem adaptadas às suas circunstâncias de vida e não experienciam ou impõem a outros sofrimento significativo. No extremo patológico, encontram-se as que respondem ao estresse de maneira rígida e apresentam prejuízos importantes no senso de identidade, no relacionamento com outros, em teste de realidade, na adaptação ao estresse e no funcionamento moral e afetivo (APA, 1994, 2002; Svrakic & Cloninger, 2005; PDM, 2006). O sistema categórico traz como vantagens a uniformidade dos conceitos e diagnósticos em diferentes culturas e sua

conseqüente utilidade nas áreas clínica e da pesquisa. Deixa, no entanto, de contemplar o funcionamento da personalidade como um todo e seus níveis de adaptação. As descrições categóricas trazem maior número de informações sobre os casos mais típicos e graves, mas pouca ou nenhuma informação sobre os atípicos, mistos ou leves (subclínicos), como é o caso de traços de personalidade disfuncionais ou mal-adaptativos, com significância clínica, que, porém, não atingem os critérios diagnósticos para determinado transtorno de personalidade.

Estudos têm demonstrado que indivíduos com transtornos mentais em suas formas “sublimiares”, “menores” ou “subclínicas” podem sofrer um impacto em sua qualidade de vida e apresentar funcionamento similar àquele com transtornos mentais típicos (Magruder & Calderone, 2000). Isso sugere que os sistemas classificatórios do DSM e CID podem ser muito restritivos em algumas condições; como resultado, muitos indivíduos com sintomas clínicos relevantes de um transtorno psiquiátrico podem não receber diagnóstico e tratamento adequados, o que, conseqüentemente, acarreta o risco de progressão da morbidade (Batelaan et al., 2007). Por outro lado, pode-se argumentar que a diminuição desses limiares poderia acarretar um aumento exponencial no número de pessoas diagnosticadas com patologias psiquiátricas. Pesquisas adicionais, portanto, ainda são necessárias para se determinar em que condições a doença subclínica é relevante. De qualquer forma, um olhar cuidadoso do clínico em relação a prejuízos no funcionamento e no sofrimento subjetivo parece ser importante, sinalizando quando medidas

preventivas e terapêuticas são necessárias. Além disso, muitas vezes, os pacientes apresentam sintomas que freqüentemente se superpõem, podendo o grande número de comorbidades encontrado na clínica ser aumentado pelo uso de classificações categóricas, forçando uma separação artificial de patologias que poderiam estar relacionadas entre si (PDM, 2006; Schestatsky, 2006). Os modelos dimensionais prestam-se com mais eficácia a características que variem quantitativamente e que apresentem diferentes níveis de adaptação em distintas situações, como os traços de personalidade, uma vez que esses modelos melhor contemplam o fato de que todos os indivíduos possuem diversos traços de personalidade, que podem ser mais ou menos dominantes e adaptativos e não apenas presentes ou ausentes (Svrakic & Cloninger, 2005).

O Manual Diagnóstico Psicodinâmico (PDM, 2006) acrescenta níveis de organização da personalidade, utilizando um modelo que estabelece gravidades, sem uma linha divisória rígida entre personalidade e transtornos de personalidade, englobando noções de funcionamento do indivíduo como um todo, que, por fim, orientarão linhas e tipos de tratamento mais adequados para cada nível. Esses níveis compreendem personalidades saudáveis (ausência de transtornos de personalidade), transtornos de personalidade em nível neurótico e transtornos de personalidade em nível *borderline*. Os transtornos de personalidade classificados no PDM (eixo P) são os esquizóide, paranóide, psicopática, narcisística, sádica e sadomasoquista, masoquista, depressiva, somatizadora, dependente, fóbica (evitativa), ansiosa, obsessivo-compulsiva, histérica, dissociativa e mista.

Outra classificação relaciona-se ao modelo psicobiológico, descrito a seguir, que divide a personalidade em dimensões de temperamento (caracterizado pelas emoções básicas, como medo, raiva, apego – identificando diferenças geneticamente herdadas) e de caráter (caracterizado por diferenças individuais de autoconceitos e relações de objeto, que refletem objetivos e valores pessoais, envolvendo emoções secundárias, como empatia, paciência, esperança, amor e fé). Estudos indicam que as dimensões de temperamento e de caráter parecem se relacionar de diversas maneiras aos transtornos de personalidade classificados pelo DSM e às características de personalidade descritas no MMPI (Wachleski et al., 2007). Um estudo realizado por Bataglia et al (1996), utilizando o *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) em pacientes psiquiátricos e em pessoas saudáveis, evidenciou que, para cada *cluster* dos transtornos de personalidade, específicos temperamentos foram observados. Para o isolamento e a indiferença dos pacientes do *cluster A*, foi encontrada baixa dependência de gratificação; para a impulsividade do *cluster B*, elevada busca de novidade, e, para a inibição do *cluster C*, elevada evitação de dano.

Os diferentes instrumentos de pesquisa utilizados na avaliação da personalidade utilizam essas distintas perspectivas e classificações. Esse foi o caso dos instrumentos escolhidos para os fins deste estudo, que serão descritos seqüencialmente, no qual o MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade) avalia traços de personalidade, o PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire*) avalia (rastrea) os transtornos de personalidade do DSM dentro de uma perspectiva categórica e o TCI (Inventário de Temperamento e Caráter)

avalia dimensões da personalidade que compreendem o temperamento e o caráter.

2.2.1.2 Modelos de Desenvolvimento da Personalidade e Etiopatogênese dos Transtornos de Personalidade

Os modelos principais de teorias para o desenvolvimento da personalidade e suas disfunções concentram-se na teoria psicodinâmica, no modelo psicobiológico e, também, na teoria de transtornos de espectro. Atualmente, tem sido mais amplamente aceita a etiopatogênese de múltiplos fatores, como os genéticos, os neurofisiológicos, os de aprendizado, os maturacionais, os culturais e os ambientais (Cloninger, 1987).

O modelo psicodinâmico para o desenvolvimento da personalidade baseia-se, primeiramente, nos conceitos da teoria estrutural (id, ego e superego) de Freud (1923, 1926) e dos mecanismos de defesa (Anna Freud, 1937), sendo os últimos considerados uma dimensão importante da estrutura de personalidade do indivíduo, variando de um nível mais maduro e adaptativo a um nível mais imaturo e desadaptativo. Na teoria psicodinâmica, o desenvolvimento da personalidade dá-se no curso de fases/etapas de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, e suas respectivas resoluções ocorrem de forma satisfatória ou não. Freud postulou a teoria do desenvolvimento sexual infantil, além de uma teoria de interação entre constituição (vulnerabilidades inatas) e experiência ambiental. As principais etapas do

desenvolvimento infantil descritas por Freud foram a fase oral, a anal e a fálica, sendo as experiências infantis e as resoluções dos conflitos característicos de cada fase determinantes para os padrões de funcionamento e personalidade na vida adulta. Posteriormente, Erik Erikson ampliou a noção de que a experiência infantil seja o único determinante dos padrões de personalidade, descrevendo seu desenvolvimento após a puberdade. Para ele a personalidade continua a ser moldada no decorrer dos oito estágios que descreveu: sensório-oral, anal-muscular, genital-locomotor, latência, puberdade e adolescência, adulto jovem, adulto e maturidade. Os estudos dos mecanismos de defesa iniciados por Freud (1926) e ampliados por Anna Freud (1937) também embasaram o modelo psicodinâmico de desenvolvimento da personalidade. O repertório predominante de defesas utilizado pelo indivíduo para lidar com a ansiedade em face de situações estressoras fornece uma contribuição importante e decisiva para a formação de sua personalidade (Eizirik et al., 2001). Defesas imaturas e um autoconceito fragmentado fazem parte de uma fase precoce normal do desenvolvimento. No caso dos transtornos de personalidade, no entanto, isso persistiria em períodos posteriores, não havendo, por conseguinte, uma resolução adequada. Etiologicamente, essa persistência patológica poderia ocorrer por fatores constitucionais (vulnerabilidade genética para baixa tolerância à ansiedade, alta agressividade) e/ou fatores traumáticos ambientais (separações e perda precoce dos pais, cuidados parentais inadequados, abusos físicos ou mentais, negligências). De acordo com esse modelo, tais fatores etiológicos traumáticos gerariam representações negativas do *self* e dos objetos externos. A

predominância de emoções negativas, especialmente raiva e medo, interfeririam no desenvolvimento normal, e as defesas primitivas, que normalmente são predominantes em fases mais precoces da vida, persistiriam de forma patológica. Nessa visão, os transtornos de personalidade refletem a tentativa do indivíduo de vencer sua fragilidade por meio de comportamentos mal-adaptativos. Esses comportamentos compensatórios têm tipos diferentes de agrupamentos sintomáticos, como: evitativos, paranóides, anti-sociais, dependentes etc. Atualmente, um número crescente de instrumentos, como o *Defense Style Questionnaire* (DSQ) (Bond, 1989), que permitem a medida confiável desses constructos psicodinâmicos estão disponíveis (Svrakic & Cloninger, 2005).

No modelo psicobiológico, uma etiologia multifatorial é preconizada, baseada em quatro perspectivas etiopatogênicas fundamentais: genética, neurofisiológica, de aprendizagem e fenomenológica, que interagem de forma a produzir diferenças fenotípicas nos traços de comportamento. Fatores genéticos e ambientais interagem de maneira complexa, influenciando o risco para transtornos de personalidade. Nesse modelo, fatores de temperamento, em conjunto com eventos de vida e demais fatores ambientais/culturais, influenciam o desenvolvimento do caráter. Variados tipos de temperamento afetam diferentemente o risco de caráter imaturo e de transtornos de personalidade. Temperamentos extremos, porém, não são, por si só, indicativos de transtornos de personalidade. Traços de caráter maduros otimizam a adaptação do temperamento ao ambiente. Nos transtornos de personalidade, traços de

caráter imaturos e temperamentos extremos perpetuam-se mutuamente. Os traços de temperamento extremos e suas emoções primárias associadas (como medo e raiva) persistem como motivadores dominantes do comportamento e interferem no desenvolvimento e na maturação do caráter (Cloninger et al., 1993; Svrakic & Cloninger, 2005).

A teoria de transtornos de espectro postula a hipótese de uma origem etiológica comum dos transtornos de personalidade e dos transtornos de eixo I. De acordo com ela, os transtornos de eixo I e II seriam similares sintomaticamente e diferenciados pelo nível de gravidade de sua apresentação clínica. Os transtornos de eixo II poderiam ser fatores predisponentes, características pré-mórbidas ou expressões subclínicas de transtornos de eixo I. Sua etiopatogênese comum, no entanto, permanece em aberto (Svrakic & Cloninger, 2005).

2.2.2 Personalidade e Transtorno do Pânico

A influência dos traços de personalidade em psicopatologia tem sido bastante discutida, e diferentes hipóteses têm surgido dessa discussão: (1) os traços de personalidade constituiriam um fator de vulnerabilidade e predisporiam o desenvolvimento de estados clínicos de eixo I; (2) os traços de personalidade seriam fatores que modificariam sintomatologias de eixo I e/ou

seriam modificados por sintomas agudos; (3) os traços de personalidade poderiam ser conseqüência de um transtorno de eixo I de início precoce ou duradouro; (4) personalidade e ansiedade fariam parte de um espectro, no qual compartilhariam uma etiologia genética e ambiental comum; (5) os transtornos de eixo I e de eixo II teriam etiologias independentes e não se relacionariam entre si (Paris, 2003; Bienvenu & Stein, 2003; Goodwin et al., 2005; Ozkan & Altindag, 2005; Brandes & Bienvenu, 2006; Hettema et al., 2006; Johnson et al., 2006).

Uma questão ainda em discussão é a que indaga qual é o impacto real dos traços de personalidade no risco para desenvolver TP e no seu tratamento (Mennin & Heimberg, 2000; Reich, 2003; Johnson et al., 2006). Na concepção de predisposição e vulnerabilidade, os traços de personalidade são vistos como um fator etiológico para o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade. Johnson & cols. (2006), em um estudo longitudinal prospectivo de amostra comunitária, verificaram que alguns tipos de traços de personalidade, evidentes na adolescência e na idade de adulto jovem, associaram-se a um maior risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade em geral e TP na idade adulta. Por outro lado, Goodwin et al. (2005) evidenciaram que o contrário também pode ser verdadeiro, pois constataram que ataques de pânico podem ser um marcador ou fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de personalidade. Observa-se, nesse estudo, uma associação entre ataques de pânico durante a adolescência e um risco aumentado para transtorno de personalidade do DSM-IV durante a idade de adulto jovem, em uma amostra

comunitária. Adicionalmente, estudos que investigaram a personalidade em TP indicaram a presença de fatores de risco genéticos compartilhados, o que pode sugerir uma associação entre essas duas condições (Hettema et al., 2006).

Em uma revisão da literatura sobre as evidências a respeito das maneiras pelas quais os traços de personalidade poderiam se relacionar aos transtornos de ansiedade, Brandes & Bienvenu (2006) concluíram que 1. traços de personalidade como neuroticismo, baixa extroversão e traços de transtornos de personalidade do *cluster C* são pelo menos marcadores de risco para alguns transtornos de ansiedade; 2. transtornos de ansiedade presentes precocemente na vida podem influenciar o desenvolvimento da personalidade; 3. transtornos de ansiedade e traços de personalidade podem ser pensados como um espectro com etiologias genéticas comuns, e 4. extremos de traços de personalidade indicam maior disfunção em pacientes com transtornos de ansiedade.

Artigos recentes mostram altas taxas de transtornos de eixo II em comorbidade com TP, essencialmente os do *cluster* “ansioso” do DSM. Diversos autores apontam para a importância clínica dos transtornos de personalidade, devido à possibilidade de a psicopatologia de eixo II afetar adversamente a resposta ao tratamento de algumas condições, podendo, então, predizer um curso natural crônico e uma pobre resposta aos tratamentos farmacológicos e psicológicos de pacientes com transtornos de ansiedade (Pollack & Smoller, 1995; Langs et al., 1998). Apesar da evidência de que o TP poucas vezes manifesta-se como uma condição pura, é pobre, no entanto, o campo em

pesquisas acerca dos efeitos da comorbidade no curso, na progressão e na condução do tratamento “psicológico” nesses pacientes (Mennin & Heimberg, 2000). As possíveis causas disso seriam a exclusão de pacientes com comorbidades de eixo II de muitos estudos (o que nos dá o efeito isolado do transtorno, mas não é o mais adequado à aplicação geral), o fato de muitos estudos não aferirem eixo II e a dificuldade existente em acessar de fato os transtornos comórbidos.

2.2.2.1 Epidemiologia e Diagnóstico

Pesquisas indicam que distintas populações psiquiátricas podem ter diferentes prevalências de transtorno de personalidade e que uma incidência aumentada de transtorno de personalidade está associada ao abuso de substâncias, ansiedade, transtornos somatoformes e depressão (Reich & Troughton, 1988; Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992; Pollack & Smoller, 1995; Brandes & Bienvenu, 2006).

Alguns trabalhos relatam que as taxas de transtornos de personalidade em pacientes com TP situam-se entre 30 a 75% (a frequência pode variar muito em função da população em estudo, da diferença nos critérios diagnósticos e dos diferentes métodos de avaliação utilizados) (Reich & Troughton, 1988; Pollack et al., 1990; Dammen et al., 2000; Latas et al., 2000; Grant et al., 2005; Marchesi et al., 2005; Oskan & Altindag, 2005; Albert et al., 2006; Marchesi et al., 2006a). Dentre os tipos de transtornos de personalidade

freqüentemente associados ao TP, os estudos destacam os do *cluster* C (ansioso) do DSM, em pacientes agudamente sintomáticos do TP (Reich & Troughton, 1988; Ampolini et al., 1999; Dammen et al., 2000; Marchesi et al., 2005), seguidos pelos do *cluster* B (Skodol et al., 1995; Dammen et al., 2000; Ozkan & Altindag, 2005).

Um estudo longitudinal com pacientes com TP, realizado por Pollack e cols. (1990), utilizando o PDQ-R (*Personality Diagnostic Questionnaire - Revised*), encontrou uma prevalência de 40% para, pelo menos, um transtorno de personalidade, especialmente os do grupo C. Esses pacientes apresentaram menor remissão dos sintomas, maior probabilidade para comorbidade com outro transtorno de ansiedade e mais sensibilidade à ansiedade. O estudo sugere a possibilidade de sobreposição entre as características de personalidade e as do transtorno do pânico com agorafobia. O medo e a inibição, presentes em vários pacientes com TP, podem ter sua primeira manifestação na infância, fazendo parte de um estilo de caráter marcado por dependência, evitação, timidez, relações interpessoais tumultuadas e baixa auto-estima.

Um estudo não controlado, que avaliou 24 pacientes com TP antes do início do tratamento, utilizando o MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade), apontou para um perfil de personalidade comum aos pacientes com pânico: traços histéricos, depressivos, hipocondríacos, paranóides e introversivos. A personalidade dos pacientes na fase pré-tratamento caracterizou-se principalmente por preocupação excessiva com funções corporais e bem-estar físico, sentimentos de baixa auto-estima e incapacidade, falta de confiança em si mesmo e dificuldades no relacionamento interpessoal. Os autores discutem, no

entanto, a existência de traços de personalidade que sejam estáveis e dominantes e o fato de que as medidas usadas para investigá-los podem ser falhas, uma vez que a personalidade avaliada pode ser influenciada por uma determinada situação, sendo desconhecido se as características encontradas preexistiam e se persistiriam ao longo do tempo (Roso et al., 1987).

Skodol & cols (1995), utilizando o SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*), o PDE (*Personality Disorder Examination*) e o PDQ-R, encontraram que o TP, atual ou ao longo da vida, associava-se aos transtornos de personalidade *borderline*, evitativa e dependente. A prevalência de transtornos de personalidade em pacientes com TP foi estudada por Langs & cols. (1998), que verificaram que ela se mostrava mais alta em pacientes com TP e depressão associados do que naqueles apenas com TP, confirmando o mesmo achado de Reich & cols. (1994), utilizando o PDQ-R. No estudo de Langs, os transtornos de personalidade da classe ansiosa foram os mais prevalentes nos dois grupos. Um estudo demonstrou que pacientes com TP em comorbidade com transtornos de personalidade têm duas vezes mais chances de apresentar história de depressão, transtornos de ansiedade na infância e um curso crônico e sem remissões do pânico do que aqueles com TP sem tal comorbidade (Pollack et al., 1992).

Ozkan & Altindang (2005) verificaram que os pacientes que possuíam comorbidade com transtorno de personalidade apresentavam ansiedade mais grave, depressão, agorafobia, idade de início mais precoce e níveis menores de funcionamento, bem como maior índice de ideação suicida e de tentativas de

suicídio, sugerindo que a comorbidade com transtornos de personalidade aumentaria a gravidade clínica do TP.

A utilização do modelo psicobiológico de personalidade de Cloninger em pacientes com TP tem confirmado que eles apresentam a escala de temperamento de Esquiva/Evituação de Dano (ED) elevada em relação a controles normais (Saviotti et al., 1991; Starcevic et al., 1996; Ampollini et al., 1997, 1999; Battaglia et al., 1998; Kennedy et al., 2001; Wiborg et al., 2005; Marchesi et al., 2006b; Wachleski et al., 2007), resultado também obtido quando aplicado a pacientes com transtorno de personalidade do *cluster* C (Ampolini et al., 1997; Svrakic et al., 1993, 2002).

Ampolini et al. (1999), em um estudo que também objetivou investigar o temperamento e as características de personalidade em pacientes com TP, Depressão Maior (DM), ambas as condições associadas (TP/DM) e controles, referem que os pacientes tiveram escores mais altos em Evitação de Dano (ED) e Dependência de Gratificação (DG) e uma maior prevalência nos transtornos de personalidade (principalmente dos *clusters* B e C) comparados aos controles. Os autores sugerem que pacientes com TP e DM compartilham uma tendência hereditária comum de responder intensamente a sinais de estímulos aversivos (ED) e de recompensa (DG), aumentando a suscetibilidade para desenvolver um quadro de ansiedade crônica e/ou depressão. Entretanto, embora pacientes com TP e DM possuam características de temperamento similares neste estudo, eles mostraram diferentes padrões de transtornos de personalidade: os com TP apresentaram taxas maiores de transtorno de personalidade histriônica e

dependente, enquanto aqueles com DM, taxas mais altas de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Os autores atribuem ao ambiente familiar e ao aprendizado social as diferenças nos eixos I e II dos transtornos mentais, desde que uma comum diátese biológica entre esses transtornos seja reconhecida.

Na mesma direção, um estudo que investigou os mecanismos de defesa e as dimensões da personalidade em pacientes com transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, utilizando o *Defense Style Questionnaire* (DSQ) e o *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ), relatou que os pacientes apresentaram escores mais altos de Evitação de Dano (ED) em relação ao grupo controle. Uma correlação positiva entre os escores de ED e o estilo defensivo imaturo foi encontrada. Os autores sugerem que eixo I e eixo II possuiriam uma diátese comum, enquanto os diferentes padrões de sintomas poderiam estar relacionados às influências familiares e ambientais e a outras experiências (Kennedy et al., 2001).

O neuroticismo elevado e baixos traços de extroversão são duas dimensões de personalidade que parecem particularmente relevantes e relacionadas aos transtornos de ansiedade tanto em populações clínicas como nas não-clínicas (Mavissakalian & Hamann, 1988; Mavissakalian, 1990; Corominas et al., 2002; Brandes & Bienvenu, 2006). Utilizando o PDQ-4 em pacientes com TP, Dammen et al. (2000) verificaram que a presença de qualquer transtorno de personalidade estava significativamente associada a escores altos de neuroticismo e ideação suicida, corroborando o estudo de Mavissakalian &

Hamann (1988). Uma associação entre traços de neuroticismo e TP, depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada e fobias também foi evidenciada por Hettema et al. (2006), identificando que essas condições apresentam significativa correlação genética.

As pesquisas visando à identificação dos fatores preditores de transtornos de personalidade em pacientes com TP obtiveram resultados controversos. A associação da comorbidade de transtorno de personalidade em pacientes com TP com uma história de ansiedade excessiva na infância, com a comorbidade com outros transtornos de ansiedade e depressão e com um curso crônico sem remissões do TP foi identificada por Pollack & cols. (1992), que não encontraram, porém, relação com história de abuso na infância. Estudando uma amostra de mulheres com TP, Moisan & cols. (1995) encontraram associação com história de abuso físico ou sexual na infância e diagnósticos de eixo II, enquanto Latas & cols. (2000) verificaram, como fatores preditores dessa associação, a superproteção parental na infância (especialmente para transtorno de personalidade do grupo B, *borderline*) e a duração do TP (para transtorno de personalidade dos grupos B e C), o que, segundo os autores, pode sugerir que alguns transtornos de personalidade do grupo B e C seriam conseqüência do TP com agorafobia de longa duração. Estes últimos autores também discutem a dificuldade da avaliação de transtorno de personalidade em pacientes com transtorno de eixo I na fase aguda, uma vez que o humor e o funcionamento atual desses pacientes podem influenciar os seus relatos de traços de personalidade. Maiores taxas de comorbidade de transtornos de personalidade, particularmente

as do *cluster* “ansioso-medroso” são também apresentadas por pacientes com TP de início precoce (antes dos 18 anos) (Venturello & cols., 2002).

No geral, os preditores principais de transtornos de personalidade em pacientes com TP descritos são a superproteção parental na infância, a idade precoce de início do TP, a duração do TP, a associação com depressão e história de abuso de álcool (Reich & Troughton, 1988; Latas et al., 2000; Iketani et al., 2004). Também, na maior parte dos estudos, os transtornos de personalidade dependente, evitativo, histriônico, obsessivo-compulsivo, *borderline* e paranóide foram os mais comumente encontrados em pacientes com TP (Mavissakalian, 1988, 1990; Sanderson et al., 1994; Skodol et al., 1995; Hoffart & Hedley, 1997; Ampollini et al., 1999; Dammen et al., 2000; Dick et al., 2001; Grant et al., 2005; Marchesi et al., 2005, 2006a), com maior prevalência para os transtornos de personalidade do agrupamento C (Reich & Troughton, 1988; Ampollini et al., 1999; Dammen et al., 2000; Brandes & Bienvenu, 2006). Deve-se considerar, no entanto, o fato de que essas taxas e esses tipos de personalidade foram pesquisados em pacientes em sua fase sintomática.

Poucos estudos determinando a personalidade compararam os pacientes em sua fase sintomática e, após o tratamento, em sua fase assintomática. Isso torna difícil avaliar quais características encontradas na maioria dos estudos são primárias e inerentes à personalidade dos pacientes, e quais poderiam ser consequência de uma reorganização do funcionamento em função dos sintomas agudos do TP. Pondera-se que possa haver dificuldade em avaliar a personalidade em pacientes com sintomas agudos de eixo I, em função

de que a ansiedade, o humor e uma regressão no funcionamento poderiam afetar o relato dos traços de personalidade. No que se relaciona à ansiedade, entretanto, ainda não parece consenso na literatura que a sua influência invalide as medidas de personalidade. Acredita-se que o funcionamento da personalidade possa piorar durante exacerbações dos sintomas do TP e melhorar com o tratamento efetivo deste, o que sugeriria que as medidas de personalidade poderiam ser em parte estado-dependentes. As medições das características da personalidade em pacientes agudamente sintomáticos não seriam independentes da gravidade dos sintomas (Shear et al., 1993; Slaap & den Boer, 2001).

Reich & Troughton (1988), comparando a frequência de transtorno de personalidade em pacientes com pânico comparados a controles e a outros pacientes psiquiátricos, também discutem os possíveis efeitos do estado de ansiedade e depressão nas medidas de personalidade. Neste estudo, verificou-se que os pacientes com pânico, comparados aos controles, tinham uma taxa de transtorno de personalidade significativamente maior para qualquer transtorno de personalidade. Os autores constataram que, após o ajuste para outras variáveis, não houve efeito do estado de ansiedade nas medidas de personalidade, enquanto o estado depressivo as afetava, o que os levou a concluir que a depressão maior, quando ativa, pode ser um fator de confusão na medida de personalidade. Devido, no entanto, a outras observações de que possa haver uma modificação (diminuição) dos traços de personalidade após o tratamento bem sucedido, os pesquisadores e os clínicos devem considerar a possibilidade de

existir algum grau de confusão gerado pelo estado de ansiedade em pacientes com TP agudamente doentes (Brandes & Bienvenu, 2006).

Mavissakalian & Hamann (1988) avaliaram 12 pacientes com TP com agorafobia, durante um período estável de remissão, e verificaram que o perfil de personalidade da amostra permanecera estável durante a remissão e apresentava um predomínio de traços de personalidade evitativa, sugerindo aos autores que um padrão de atitudes e comportamentos evitativos pudesse fazer parte de uma característica mais permanente em pacientes com TP com agorafobia.

Em estudo não controlado, Ito & cols. (1995) avaliaram 47 pacientes com TP com agorafobia, por meio do MMPI, na fase pré-tratamento e após 8 semanas de tratamento com imipramina, clomipramina e placebo. Os resultados mostraram que esses pacientes, na fase pré-tratamento, apresentavam maiores escores no MMPI, especialmente para hipocondria, depressão e histeria, e que, após 8 semanas, a maioria dos escores no MMPI havia se reduzido significativamente. Os pacientes que mostraram melhoras clínicas com o tratamento foram os que apresentavam menores escores no MMPI, tanto pré- como pós-tratamento, em comparação aos pacientes que não obtiveram melhora. Para esses autores o perfil anormal do MMPI encontrado em seus pacientes com TP refletiu o estado clínico; a patologia de personalidade relacionou-se com o resultado do tratamento, e as intervenções terapêuticas que reduziram os sintomas do TP com agorafobia também modificaram os escores de personalidade.

Hoffart & Hedley (1997) verificaram que, no seguimento de 1 ano de pacientes com TP que receberam terapia focada na agorafobia por 6 semanas, houve uma diminuição nos traços evitativos e dependentes. Um estudo que reavaliou os transtornos de personalidade de pacientes com TP, com transtorno de ansiedade generalizada e com distímia, 12 anos após terem recebido tratamentos farmacológicos ou psicológicos em ensaios clínicos randomizados, verificou que os traços do *cluster* B (anti-sociais e histriônicos) tornaram-se menos pronunciados com a passagem do tempo, enquanto os traços do *cluster* A (esquizóides, esquizotípicos, paranóides) e *cluster* C (obsessivo-compulsivos e evitativos) tornaram-se mais pronunciados (Seivewright et al., 2002). Os autores, então, concluíram que a suposição de que as características de personalidade não mudam com o tempo é incorreta. Utilizando o MMPI, Rocca & cols. (2006), em um estudo de coorte histórica com pessoas que haviam participado de pesquisa entre 1962 e 1965, evidenciaram que as escalas do MMPI de depressão e introversão mostraram um aumento com a idade, enquanto as escalas mais relacionadas a traços ansiosos mostraram uma queda, e os escores de negativismo permaneceram estáveis. Recente trabalho realizado por Marchesi & cols. (2005) em pacientes com TP, mostrou que a melhora nos sintomas após 1 ano de farmacoterapia estava relacionada a uma redução e normalização dos traços paranóides, e a uma redução, mas com persistência, dos traços dependentes e evitativos.

2.2.2.2 Curso e Prognóstico

Alguns estudos têm demonstrado que a comorbidade do TP com os transtornos de personalidade pode ter impacto negativo no tratamento desses pacientes, indicando que alguns pacientes com TP poderiam se beneficiar de tratamentos combinados, como psicoterapias para a patologia de personalidade (Black et al., 1994; Latas et al., 2000). Esse é, no entanto, um tema ainda em debate, uma vez que a literatura apresenta resultados controversos (Mennin & Heimberg, 2000; Reich, 2003; Prazko et al., 2005; Johnson et al., 2006).

Um estudo realizado por Black & cols. (1994), utilizando o PDQ e o SIDP-R (*Structured Interview for DSM-III Personality Disorders*), em 66 pacientes com TP, constatou que a presença de transtorno de personalidade foi um preditor importante de pior resposta em curto prazo à terapia cognitiva, mas não foi preditor à farmacoterapia (fluvoxamina). Por outro lado, Clair et al. (1992) relataram que características de personalidade não foram associadas ao resultado da terapia cognitiva em 33 pacientes com agorafobia e ataques de pânico. Berger et al. (2004) verificaram que a resposta ao tratamento farmacológico (paroxetina) e combinado (paroxetina + terapia cognitiva em grupo) havia sido menor e mais lenta em pacientes com TP que apresentavam transtorno de personalidade.

Revisando os trabalhos que se dedicaram ao estudo do impacto da patologia de personalidade no TP, observa-se que alguns encontraram uma influência negativa no resultado de tratamentos padrões, com pior prognóstico para os pacientes com transtornos de personalidade (Noyes et al., 1990; Pollack et al. 1990; Reich, 1988, 1990; Reich & Green, 1991; Pollack et al., 1992; Black et al., 1994; Ito et al., 1995; Seivewright et al., 1998; Mennin & Heimberg, 2000;

Slaap & den Boer, 2001; Berger et al., 2004; Prasko et al., 2005; Marchesi et al., 2006b). Em uma revisão sobre preditores de não-resposta à farmacoterapia no TP, Slaap & den Boer (2001) evidenciaram que os traços e transtornos de personalidade poderiam ser os preditores mais robustos de não-resposta (além de longa duração da doença e evitação fóbica grave), verificando que os pacientes, a fim de reduzir tal influência, poderiam necessitar de tratamentos alternativos, ou ainda de uma combinação de tratamentos. Outros estudos, contudo, não encontraram essa influência negativa, e novos desenvolvimentos são vistos nessa área, com alguns autores sugerindo que, de maneira geral, não se pode concluir que os transtornos de personalidade afetam o resultado dos tratamentos (Clair et al., 1992; Marchand & Wapler, 1993; Dressen et al., 1994; Rathus et al., 1995; Dressen & Arntz, 1998; Hofmann et al., 1998; Massion et al., 2002; Reich, 2003).

A identificação dos transtornos de personalidade que poderiam afetar significativamente os pacientes com TP também tem sido objeto de debate e pesquisa. Nesse sentido, Reich (1988, 1990) observou que os traços de personalidade paranóide, *borderline*, anti-social, histriônica e narcisista apresentaram correlações negativas com desfecho geral no tratamento, mas os ataques de pânico espontâneos não foram afetados pela personalidade. Hoffart & Hedley (1997) mostraram que os traços dependentes pré-tratamento foram associados à melhora mais pobre em uma terapia de 6 semanas focada na agorafobia. Um estudo de Corominas & cols. (2002) constatou que níveis mais baixos de extroversão (no Eysenck Personality Questionnaire) foram preditores de maiores sintomas residuais ao final de 1 ano de seguimento. Já Berger & cols.

(2004) evidenciaram que o transtorno de personalidade evitativo afetou a resposta ao tratamento dos pacientes com TP, tornando-a mais pobre e especialmente mais lenta. Esses autores sugeriram que os pacientes com TP e transtornos de personalidade associados poderiam não apresentar resistência ao tratamento, mas necessitariam, isso sim, de tratamentos mais prolongados. Estudo recente de Marchesi & cols. (2006a) verificou que os pacientes com TP, que apresentavam especificamente o transtorno de personalidade *borderline*, mostraram as menores taxas de remissão após 1 ano de farmacoterapia, enquanto, nos acometidos pelos demais transtornos, não foi verificada tal influência. Em outro trabalho realizado por Marchesi et al. (2006b), mas utilizando o modelo de personalidade de Cloninger em pacientes com TP, foram encontradas maiores taxas de evitação de dano e menores níveis de persistência, autodirecionamento e cooperatividade em pacientes que não remeteram ao tratamento farmacológico de 1 ano.

E, por fim, outra controvérsia reside em estabelecer se uma possível influência negativa significativa da personalidade se daria em curto prazo (já na resposta a tratamentos agudos) ou em mais longo prazo (Slaap & den Boer, 2001). Há, ainda, muita divergência entre os estudos sobre os fatores preditores de resposta no TP em curto e em longo prazos. Algumas variáveis não parecem influenciar a resposta ao tratamento quando analisadas em curto prazo, mas podem mostrar sua influência negativa quando o efeito em longo prazo é avaliado (Slaap & den Boer, 2001). A maioria das pesquisas, entretanto, dedicou-se ao estudo dos fatores em curto prazo, e poucos estudos de seguimento em longo prazo, relacionando a personalidade aos desfechos do tratamento, são

encontrados na literatura, especialmente em nosso meio (Noyes et al., 1990; Pollack et al., 1990).

2.2.2.3 Personalidade e Transtorno do Pânico na Literatura – Comentários Finais

A maioria dos estudos evidencia como elevada a taxa de comorbidade entre o transtorno do pânico e os transtornos de personalidade. Essa associação elevada, por si, coloca o achado como um importante fato a ser estudado, uma vez que é significativa a percentagem de pacientes que permanecem sintomáticos ou com remissão parcial dos sintomas do pânico, mesmo após anos de tratamento farmacológico ou de terapia cognitivo-comportamental. Dessa forma, a pesquisa de fatores que possam estar associados à cronicidade dos sintomas em alguns pacientes é de importância fundamental para a prática clínica.

Apesar da controvérsia em relação ao impacto que a comorbidade com transtorno de personalidade pode ter no transtorno do pânico, vários estudos sugerem que a psicopatologia da personalidade parece exercer um papel desfavorável no curso e no tratamento do transtorno do pânico, assim como sugerido para outros transtornos de eixo I. Essa relação, no entanto, até então não é clara e merece maior pesquisa para o entendimento global de sua natureza, especialmente na busca da habilidade de tratar e entender a disfunção psicológica.

As limitações metodológicas vistas nas pesquisas ainda não permitem responder adequadamente às hipóteses acerca de como a patologia e os traços de personalidade afetam ou são afetados pelos transtornos de eixo I. Permanecem em aberto, por exemplo, se a personalidade poderia ser um fator predisponente aos transtornos ansiosos; se algumas características de personalidade medidas em pacientes com ansiedade seriam mais uma expressão do transtorno de ansiedade; se as características predominantes de personalidade permanecem após o tratamento, podendo evidenciar traços pré-mórbidos; se a personalidade seria um fator que modificaria a expressão e o curso do transtorno de ansiedade; se as características de personalidade seriam modificadas pelo transtorno de ansiedade, ou ainda, se os tratamentos farmacológicos poderiam modificar alguns traços de personalidade. Segundo alguns autores, essas hipóteses não são exclusivas e podem se manifestar em graus variados em pacientes diferentes e em diferentes pontos do curso dos transtornos de eixo I. Também evidências convergentes recentes indicam que possa haver uma vulnerabilidade compartilhada (que se sobrepõe) com vários tipos de transtornos de ansiedade e de personalidade e que uma interação entre vulnerabilidades herdadas e influências ambientais resulte em diferentes padrões de comorbidade e diferentes expressões fenotípicas dessas vulnerabilidades subjacentes, que se expressam de várias maneiras ao longo da vida (Goodwin et al., 2005; Hettema et al., 2006).

Algumas dificuldades se impõem na resposta a essas questões e na pesquisa dos transtornos de eixo II em comorbidade com os de eixo I.

A avaliação de traços de personalidade em pacientes com sintomatologia de eixo I atual pode trazer limitações, uma vez que a maioria dos autores concorda que o humor e os sintomas de ansiedade poderiam afetar o funcionamento atual dos pacientes e alterar as medições dos traços de personalidade. Então, estudos que avaliam pacientes com sintomas ativos de transtorno do pânico somente na fase inicial do tratamento podem apresentar uma medida falha, pois não se sabe se as características de personalidade encontradas existiam antes da instalação dos sintomas ansiosos, nem se eles se manterão ao longo do tempo após a remissão dos sintomas.

Estudos mais confiáveis, mas que são escassos na literatura atual, seriam os que avaliassem longitudinalmente os pacientes com transtorno do pânico, após um período necessário para a remissão dos sintomas. Alguns autores sugerem que, assim, seriam identificadas as características medidas nos instrumentos para avaliar personalidade que fossem secundárias a uma reorganização da personalidade em função dos sintomas do transtorno do pânico. Por outro lado, as características primárias e estáveis da estrutura da personalidade do indivíduo, levando em conta o conceito atual de transtorno de personalidade, permaneceriam estáveis ao longo do tempo.

Outras limitações encontradas são as importantes variações nos trabalhos revisados em relação à metodologia, aos instrumentos empregados e à avaliação das características de personalidade em fases diferentes da doença. Além disso, também devem ser consideradas algumas limitações das escalas de avaliação dos transtornos de personalidade que apenas recentemente vêm sendo

mais estruturadas e padronizadas. Igualmente, no TP, ainda não existe uma uniformidade entre os estudos em relação aos critérios de resposta, remissão e recaída. Isso torna difícil a comparação entre os estudos sobre a influência da personalidade nos resultados dos tratamentos no TP.

Mesmo com os recentes avanços na pesquisa dos aspectos neurobiológicos e cognitivo-comportamentais, ainda não é possível explicar completamente a fisiopatologia, a etiologia e a adequação dos tratamentos aos fatores que podem influenciar a cronicidade da doença. São necessários, portanto, mais estudos que visem, inclusive, a uma melhor compreensão dos fatores de personalidade e de vulnerabilidade que possam estar associados à etiologia ou ao prognóstico do transtorno do pânico, bem como estudos que demonstrem o que é possível avaliar enquanto o paciente está sintomático com vistas a um planejamento terapêutico adequado.

No nosso meio são raros os estudos (um estudo encontrado no Brasil na revisão atual) que comparem pacientes com transtorno do pânico na fase sintomática e na fase de remissão dos sintomas ou que comparem os pacientes com um grupo controle sem transtornos de ansiedade ou qualquer transtorno psiquiátrico. Estudos são necessários para estabelecer se há um perfil diferente da personalidade nos pacientes com pânico em relação à população em geral, se há, no nosso meio, uma associação elevada dessa comorbidade, relatada na literatura internacional, e se essa comorbidade é ou não um fator que favorece a cronicidade da doença do pânico vista muitas vezes na clínica.

Tais pesquisas têm implicações importantes na indicação de intervenções combinadas nesses pacientes que apresentam comorbidades, como, por exemplo, a necessidade de utilizar formas de psicoterapias associadas à farmacoterapia ou a necessidade de adotar tratamentos mais prolongados, bem como implicações na avaliação mais detalhada de pacientes resistentes ao tratamento farmacológico ou à terapia cognitivo-comportamental.

2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE

Os traços e transtornos de personalidade podem ser avaliados por meio de entrevistas clínicas ou instrumentos auto-aplicados. Geralmente as entrevistas clínicas são consideradas mais confiáveis e válidas no diagnóstico de transtornos de personalidade do que o auto-relato, mas não existem dados definitivos que apresentem a superioridade de um ou outro método, havendo algumas pesquisas mostrando dados comparáveis (Uehara et al., 1997; Blackburn et al., 2004). As entrevistas clínicas têm a vantagem de reduzir o problema relacionado ao fato de que os traços de personalidade possam ser egossintônicos; por outro lado, elas podem também ser enviesadas pelas características dos entrevistadores (orientação, experiência). Nos instrumentos de auto-relato, vários itens de validade podem ser medidos para auxiliar na confiabilidade dos dados. Além disso, em pesquisa, são instrumentos considerados de aplicação mais prática. Tanto os instrumentos auto-aplicados quanto as entrevistas clínicas,

contudo, dependerão da acurácia e da honestidade dos pacientes em suas respostas (Svrakic & Cloninger, 2005).

Outra questão diz respeito ao efeito estado-traço. A distinção entre os sintomas que refletem traços de personalidade duradouros e os que refletem estados transitórios relacionados ao estado de eixo I pode ser difícil. Os instrumentos de avaliação da personalidade tentam diminuir esse efeito, porém não o eliminam, lembrando repetidamente aos pacientes durante a avaliação que eles devem descrever suas atitudes, comportamentos e sentimentos mais usuais e não os atuais. Deve-se sempre levar em conta que um indivíduo sem transtorno de personalidade pode agir de forma imatura quando deprimido ou sob estresse, por exemplo.

Os instrumentos utilizados para avaliação da personalidade podem ser divididos em testes categóricos ou dimensionais. Os testes categóricos para transtornos de personalidade são geralmente os baseados nos critérios diagnósticos do DSM. Podem ser entrevistas clínicas (como o SIDP-IV, Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders) ou instrumentos de auto-relato (como o PDQ). Os testes dimensionais baseiam-se no estudo dos traços e das dimensões de personalidade e, em sua maioria, são auto-aplicados (como o TCI, Inventário de Temperamento e Caráter, e o MMPI, Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade).

2.3.1 Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI)

O MMPI é um inventário estruturado, elaborado para assegurar, num só teste, o perfil e a análise dos traços e das características mais importantes da personalidade (Hathaway & Mckinley, 1971). Ao ser desenvolvido, o objetivo era criar um instrumento que se somasse à rotina com pacientes psiquiátricos, com utilidade na clínica e na pesquisa (Groth-Marnat, 1997). É um dos instrumentos mais antigos e testados para avaliação da personalidade, sendo amplamente utilizado para pesquisa em vários centros (traduzido em 12 línguas), inclusive no Brasil, onde é utilizado há várias décadas. O MMPI é composto por 566 itens de certo-errado, com 4 escalas de validade e 10 escalas clínicas (Hathaway & McKinley, 1971). Pode ser aplicado em pessoas com idade superior a 16 anos e alfabetizados (nível fundamental incompleto ou completo), mas não se recomenda sua aplicação em pessoas com QI inferior a 80. O inventário foi traduzido e adaptado para o português, mediante padronização e adaptação brasileira para o inventário por Benko & Simões, e já foi extensivamente usado em amostras brasileiras (em Manual de Psicologia Aplicada, MMPI, de Hathaway & McKinley, 1971).

O MMPI fornece o perfil e a análise dos traços mais importantes da personalidade por meio de escores de medidas quantitativas para um nível de ajustamento emocional e atitudes diante da avaliação psicológica (Hathaway & McKinley, 1971, 2000; Groth-Marnat, 1997). Para determinar a validade do perfil, indicadores de validade são fornecidos por 4 escalas que fornecem dados para o primeiro nível de interpretação do MMPI: Dúvida (“?”), Mentira (“L”), Erro (“F”) e Correção (“K”). Tais escalas possibilitam compreender a atitude do paciente

perante o teste, assim como a impressão que ele deseja transmitir, servindo como instrumento de validade para as escalas clínicas. O indicador de Dúvida (“?”) corresponde ao número de omissões, que pode afetar ou não o protocolo. A escala Mentira (“L”) informa até que ponto uma pessoa quer mostrar-se com melhor aparência do que possui sua realidade psicológica, apresentando-se diferente do que é efetivamente, por meio de questões que avaliam sua “honestidade” diante da apreciação social do seu comportamento. A escala de Erro (“F”) visa a verificar se o examinando compreendeu os itens, cooperou apropriadamente e se ocorreram erros durante a resposta do examinando ao teste. Um resultado elevado nesta escala pode indicar que o examinando respondeu de forma aleatória às perguntas, isto é, não quis responder efetivamente e deu suas respostas só para constar. Para outros autores, esta escala também foi criada para detectar respostas atípicas, inusitadas, crenças, expectativas e autodescrições improváveis e contraditórias. A escala de Correção (“K”) pode ser considerada um “supressor” ou “estabilizador” de tendências pouco conscientes no indivíduo de negar ou de dar uma importância maior aos seus problemas, mesmo que mínimos. Um escore alto indica que a pessoa apresenta uma atitude defensiva contra suas dificuldades psíquicas ou inibição, embora apresente conflitos, não está disposta a discutir essas dificuldades e faz esforços para defensivamente disfarçar seus verdadeiros pensamentos e sentimentos. Essa defensividade tem um efeito supressor da psicopatologia, manifestando-se em menores elevações do perfil, e por isso são corrigidas. Já um escore muito baixo pode revelar pessoas extremamente autocríticas ou aquelas

que, mesmo inconscientemente, querem passar uma imagem negativa de si mesmas (Hathaway & McKinley, 1971; Cunha, 2003).

Vantagens no uso do MMPI recaem no fato de este ser um dos instrumentos mais amplamente utilizados na clínica e na pesquisa e avaliar aspectos do funcionamento da personalidade não contemplados no DSM, que não chegariam a configurar critérios diagnósticos para transtornos de personalidade, mas podem ser de importância para o paciente. Desvantagens recaem no uso de algumas terminologias que podem já estar obsoletas em função da época em que foram desenvolvidas e no fato de que algumas escalas podem ser influenciadas por sintomas de patologias de eixo I, pois algumas são escalas também de sintomas (como depressão, esquizofrenia). Os achados de alguns estudos demonstram que o MMPI pode ser suscetível a mudanças e mede também estado e não apenas traço (Ito et al., 1995). O aumento da perturbação subjetiva em estados agudos reflete-se no MMPI pela elevação das escalas de sintomas (escalas 2, 7, 8 e 9, e um pouco menos da 1, vide a seguir) (Cunha, 2003).

Há muitas evidências em pesquisas e em experiência clínica afirmando o uso do MMPI como uma medida válida tanto de características de personalidade como, em algumas situações, de *status* clínico. Além disso, o instrumento mostra-se adequado para procurar uma variedade de dimensões psicopatológicas que podem estar presentes como níveis subclínicos durante a remissão dos sintomas (Subotnik et al., 1999; Hathaway & McKinley, 2000).

2.3.1.1 Escalas Clínicas do MMPI (Dahlstrom & Welsh, 1965; Hathaway & McKinley, 1971; Groth-Marnat, 1997; Cunha, 2003)

1 – Hipocondria (Hs): Essa escala visa a medir o grau de preocupação anormal com as funções corporais que restringem a extensão das atividades e as relações interpessoais do sujeito. O hipocondríaco mostra-se imaturo ao enfrentar problemas, com pouca capacidade de *insight*. Pessoas com altos escores na escala Hs caracterizam-se por serem pessimistas, queixosas, inseguras, defensivas, imaturas, egocêntricas, manipuladoras, exigentes, teimosas. Frequentemente queixam-se de dores e desordens que dificilmente podem ser identificadas e para as quais não se encontra nenhuma base orgânica definida, apresentando dificuldade em admitir alguma explicação psicológica para seus problemas.

2 – Depressão (D): É considerada uma escala de sintoma, pois pode medir também o sintoma clínico da depressão, que pode ser a principal incapacidade do indivíduo, acompanhar outros problemas de personalidade ou, ainda, ser o resultado dessas dificuldades psicológicas. Quando elevada, caracteriza-se por traços pessoais de pessimismo, desamparo, desesperança, sentimentos de inadequação, com reflexos na vida em geral e nas relações interpessoais. As pessoas podem ser sujeitos sensíveis, irritáveis, distraídos, envolvendo descontentamento em relação ao autoconceito pessoal.

3 – Histeria (Hy): Desenvolvida para identificar pessoas que tendem a utilizar sintomas somáticos no manejo de seus conflitos ou para evitar

responsabilidades maduras. A sua elevação mostra uma tendência a evitar a consciência de conflitos internos, seja mantendo-os em nível inconsciente, seja canalizando-os através de sintomas somáticos por meio da repressão. Esses traços são consistentes com os de uma personalidade histriônica, em que as necessidades de amor e apoio são requeridas de forma indireta e manipulativa. São pessoas que têm facilidade em estabelecer relações, sendo estas, porém, superficiais, buscando produzir efeitos emocionais e conseguir afeição e apoio. São imaturas, autocentradas, exigentes e egoístas. Frequentemente, associa-se com elevações nas escalas Hs e D, caracterizando a chamada tríade neurótica, que é compatível com um funcionamento em nível neurótico.

4 – Desvio psicopático (Pd): Essa escala avalia o nível de ajustamento social, abrangendo áreas como grau de alienação da família, dificuldades escolares e ocupacionais, impermeabilidade social e alienação da sociedade. Mede a semelhança do indivíduo com um grupo de pessoas que apresentam ausência de respostas emocionais profundas e inability de participar psicologicamente das experiências a que estão sendo submetidas, com desrespeito aos costumes sociais e violação dos direitos dos demais. São sujeitos imaturos, egocêntricos, impulsivos, emocionalmente instáveis, rebeldes, ressentidos, agressivos, hostis e irresponsáveis.

5 – Masculinidade-feminilidade (MF): Relaciona-se com a tendência referente ao padrão de interesse masculino ou feminino e com o grau em que endossa comportamentos que se associam a papéis e interesses femininos e masculinos tradicionais. Os itens dessa escala agrupam-se em

dimensões como estabilidade pessoal e emocional, identificação sexual, altruísmo, identificação ocupacional feminina e negação das ocupações masculinas. Sofre influência da inteligência e do nível de escolaridade dos indivíduos, sendo os escores de baixos a moderados mais freqüentes no nível socioeconômico baixo e de baixa instrução.

6 – Paranóia (Pa): O conteúdo dessa escala envolve preocupação com os motivos percebidos nas ações de outras pessoas, mas pode incluir alguns itens que chegam ao nível psicótico. Sugere suspeição e hipersensibilidade interpessoal, compatíveis com o uso de defesas paranóides (projeção e variantes primitivas de externalização). São sujeitos rígidos, hostis, ressentidos, desconfiados, preocupados, irritados e vingativos. Projetam a culpa e a hostilidade, expressando os conteúdos agressivos de formas indiretas.

7 – Psicastenia (Pt): Foi desenvolvida tendo em vista o padrão neurótico da época em que foi criada, que era designado como psicastenia, incluindo aspectos fóbicos e obsessivo-compulsivos. Escores altos associam-se com apreensão, preocupação com pequenas coisas, que são supervalorizadas, perfeccionismo, tensão, manejo da ansiedade com uso de racionalização e intelectualização, dúvidas obsessivas, indecisão, preocupação com a aceitação dos outros, rigidez, crítica em relação a si mesmo e aos outros e tendência à ruminação. Pode também se mostrar elevada em transtornos ou situações relacionadas à ansiedade.

8 – Esquizofrenia (Sc): Pode identificar desde indivíduos esquizofrênicos a transtornos de personalidade da linha esquizotípica e *borderline*. Identifica indivíduos que se caracterizam pela presença de idéias e comportamentos bizarros e inusitados. Considerada uma escala de sintoma, pode refletir distorções da realidade ou pensamento confuso, esquizóide e bizarro. Inclui temas relacionados com alienação social e familiar, ausência de interesses profundos, sensações peculiares, medos e preocupações. Escores altos estão associados a aspectos diferentes e convencionais em termos de idéias, crenças ou perspectivas, podendo caracterizar interesses filosóficos, religiosos ou abstratos em sujeitos que podem ser descritos como arredios, reservados ou tímidos.

9 – Hipomania (Ma): Essa escala pode refletir desde o nível de energia que os sujeitos demonstram e que se reflete em características de personalidade, marcadas por hiperatividade e excitação emocional, à fuga de idéias e estados hipomaniacos. Elevações se associam a superatividade ineficaz, uso de negação como defesa, autoconceito grandioso, dificuldades no controle dos impulsos, intolerância à frustração, muitas vezes com tendência a episódios de irritabilidade, e explosões agressivas.

0 – Introversão-extroversão (Sc): Essa escala foi desenvolvida a partir de uma análise conceitual do *continuum* introversão-extroversão, em termos de traços de pensamento, participação e expressão emocional. É uma medida da extensão com que o indivíduo participa de eventos sociais e de seu grau de conforto nas relações interpessoais. Os sujeitos parecem lidar com sua vida

interna e dificuldades externas por meio de evitação e retraimento. São descritos como socialmente apagados, carentes de autoconfiança e tímidos e percebidos como distantes, frios e rígidos. Observa-se retraimento, insegurança e suscetibilidade à opinião alheia.

2.3.2 *Personality Diagnostic Questionnaire* – Versão para o DSM-IV (PDQ-IV)

O PDQ-IV é um instrumento que tem sido amplamente utilizado para o rastreamento (*screening*) de pacientes com transtornos de personalidade, atualizado de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV. Avalia os 10 transtornos de personalidade de eixo II do DSM-IV (paranóide, esquizotípico, esquizóide, histriônico, narcisista, *borderline*, anti-social, evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo) e os 2 transtornos de personalidade propostos para estudos adicionais (passivo-agressivo e depressivo). Além disso, o PDQ-IV possui 2 escalas de validade. Uma resposta verdadeira em um dos 2 itens indica respostas suspeitas e possibilidade de teste inválido. Os transtornos de personalidade são considerados presentes ou ausentes de acordo com o número de critérios preenchidos do DSM-IV. Além disso, um escore total no PDQ-IV ≥ 30 indica alta probabilidade de um ou mais transtornos de personalidade (Hyler, 2000). O PDQ tem sido um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas, e alguns estudos relataram adequada confiabilidade teste-reteste, validade concorrente e validade de constructo em relação aos agrupamentos dos

transtornos de personalidade (Uehara et al., 1997; Blackburn et al., 2004). Quando comparado a entrevistas estruturadas, o PDQ-IV apresenta mais falso-positivos, demonstrando alta sensibilidade e moderada especificidade para transtornos de personalidade (Hyler, 1990, 1992; Fossati, 1998; Davison et al., 2001). A concordância é maior quanto à ausência ou presença de transtornos de personalidade, do que em relação ao tipo específico (Fossati et al., 1998; Wilberg et al., 2000; Davison et al., 2001). A principal vantagem do PDQ-IV reside em sua fácil aplicação. O PDQ-IV foi traduzido para o português, e a mesma versão já foi utilizada em trabalho local, aprovado pelo GPPG (projeto nº 00185). O PDQ-IV é um questionário auto-aplicado, que consiste de 85 questões de verdadeiro ou falso.

2.3.3 Inventário de Temperamento e Caráter (Temperament and Character Inventory – TCI)

Cloninger (1987, 1993) desenvolveu uma teoria psicobiológica da personalidade com base em estudos genéticos e neurobiológicos sobre a organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais e humanos, bem como em estudos sobre o desenvolvimento cognitivo, social e da personalidade da teoria humanística e transpessoal. Esse modelo psicobiológico dividiu a personalidade em dois componentes: o *temperamento*, que engloba os traços de determinação hereditária, identificando diferenças geneticamente herdadas às respostas individuais ao

perigo, à novidade e à gratificação; e o *caráter*, que engloba os traços moldados ao longo do desenvolvimento, resultantes das experiências de aprendizagem propiciadas por diferentes influências ambientais (Cloninger et al., 1993).

Primeiramente, Cloninger (1986, 1987) postulou três traços de temperamento que ocorrem em face de estímulos específicos: a “busca de novidade”, que é um padrão de atividade exploratória de freqüente e intensa excitação perante estímulos novos, associado a alterações específicas das vias dopaminérgicas; a “esquiva/evitação ao dano”, com tendência herdada a responder de forma extremamente intensa a um estímulo aversivo e a uma tendência de comportamento inibido para novos estímulos, relacionada a alterações específicas das vias serotoninérgicas; e a “dependência de gratificação”, uma tendência a responder de maneira intensa a reforços positivos, de tal forma que os indivíduos aprendem a manter um comportamento dependente de gratificação, relacionado a específicas alterações noradrenérgicas.

Essa teoria originou inicialmente o *Tridimensional Personality Questionnaire* – TPQ (1991), um questionário auto-aplicado composto por 100 questões de verdadeiro ou falso, baseado em 3 dimensões de temperamento.

Posteriormente, Cloninger et al. (1993) acrescentaram ao modelo original mais 1 fator de temperamento, denominado “persistência”, que é a tendência a persistir em responder de determinada forma, a despeito de esforços intermitentes. Evidenciando que o modelo de personalidade fundamentado apenas no temperamento e nas características hereditárias de personalidade não se mostrou um bom preditor de transtornos de personalidade, Cloninger et al. (1993)

incluiram 3 fatores da dimensão caráter da personalidade: Autodirecionamento (AD), Cooperatividade (C) e Autotranscendência (AT). Autodirecionamento (AD) é a identificação de si mesmo como um indivíduo autônomo, é definido como a habilidade de autocontrole individual, comportamento regular e adaptado e força intencional do indivíduo para afirmar e praticar seus objetivos e propósitos. Características de baixos escores em AD estão associadas a pessoas inseguras, reativas, dependentes, com baixa auto-estima, inferioridade e imaturidade. Cooperatividade (C) é a identificação de si mesmo como parte integrante da sociedade e da humanidade, contempla a identificação e aceitação de diferenças individuais na identificação de outras pessoas. Indivíduos cooperativos são descritos como socialmente tolerantes, empáticos e prestativos, enquanto indivíduos não-cooperativos são descritos como socialmente intolerantes e desinteressados das outras pessoas. Autotranscendência (AT) é a identificação de si mesmo como parte do universo como um todo, é descrita como aceitação, identificação ou união espiritual com a natureza, onde a pessoa sente-se uma parte integrante da evolução do universo. Alguns estudos posteriores indicam que o Autodirecionamento, seguido pela Cooperatividade, pode ser um dos principais determinantes da presença ou ausência de transtorno de personalidade e que os traços de caráter estão mais relacionados ao diagnóstico da presença ou ausência e gravidade de transtornos de personalidade, enquanto os traços de temperamento podem ser usados para o diagnóstico diferencial entre os transtornos (Svrakic et al., 1993; 2002).

Esse modelo de 7 fatores embasou, então, o *Temperament and Character Inventory* – TCI (Cloninger et al., 1993), um questionário auto-aplicável,

composto por 240 questões de verdadeiro ou falso, constituído por 4 dimensões de temperamento (Busca de Novidades, Esquiva ou Evitação de Dano, Dependência de Gratificação e Persistência) e 3 dimensões de carácter (Autodirecionamento, Cooperatividade, e Autotranscendência). Assim, o desenvolvimento da personalidade é visto como um processo interativo, em que fatores hereditários de temperamento vão inicialmente motivar o desenvolvimento do carácter, que irá, por sua vez, modificar o significado e a saliência do temperamento (Cloninger et al., 1993; Mulder et al., 1996). Dessa forma, indivíduos com temperamentos incomuns podem ou não desenvolver um transtorno de personalidade, dependendo de seu carácter. Fuentes et al (2000) traduziram e validaram para a língua portuguesa o TCI, favorecendo em nosso meio a pesquisa desses 7 fatores da personalidade.

3 HIPÓTESES

Considerando que o transtorno do pânico é caracterizado por cronicidade e morbidade, que os pacientes portadores desse transtorno podem apresentar prejuízo no seu funcionamento global e que determinadas características associadas à vulnerabilidade (como fatores de personalidade, mecanismos defensivos e história psicossocial) podem ter um papel importante no início, curso e tratamento do transtorno, as seguintes hipóteses foram testadas:

1. Pacientes adultos com transtorno do pânico apresentam um perfil de personalidade disfuncional ou mais patológico em comparação com indivíduos normais, que podem ser exacerbados na fase aguda da doença, mas que permanecem como um padrão estável de personalidade.
2. Pacientes adultos com transtorno do pânico apresentam fatores de vulnerabilidade associados a um pior prognóstico, como

fatores de personalidade, estilos defensivos e fatores psicossociais.

3. Os fatores de personalidade podem também influenciar a cronicidade da doença em curto e longo prazos.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar as características de personalidade de pacientes adultos com transtorno do pânico sintomáticos e assintomáticos (após tratamento medicamentoso agudo), comparados a um grupo controle, determinando suas implicações na resposta ao tratamento na fase aguda e em longo prazo.

4.2 ESPECÍFICOS

Comparar as características de personalidade mais freqüentemente encontradas em pacientes adultos com transtorno do pânico em relação a um grupo controle.

Avaliar as características de personalidade de pacientes adultos com transtorno do pânico, antes e após o tratamento medicamentoso.

Verificar se as características de personalidade de pacientes adultos com transtorno do pânico estão associadas à pior resposta ao tratamento agudo medicamentoso.

Verificar se há associação entre a gravidade do transtorno do pânico e as características de personalidade.

Determinar outros possíveis fatores de pior resposta ao tratamento agudo medicamentoso, como a utilização de mecanismos de defesa imaturos e neuróticos, a presença de comorbidades psiquiátricas, a gravidade do transtorno do pânico, o tempo de doença, a história de trauma e a história familiar.

Avaliar os pacientes após um período de 2 anos, em relação à sintomatologia e ao curso da doença.

Avaliar se as características de personalidade e o estilo defensivo estão relacionados à remissão e ao prognóstico em longo prazo do transtorno do pânico.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa (GPPG nº 01-055) foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Todos os pacientes e indivíduos-controles assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informação antes de participar do estudo (APÊNDICES B e C).

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F. Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic. *Depression and Anxiety* 23(7): 422-28, 2006.
- Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EAD. Estudo Multicêntrico de morbidades psiquiátricas em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista Abp-Apal* 14(3): 93-104, 1992.
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4. ed. *Washington*, 1994.
- American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – texto revisado (DSM-IV-TR). 4. ed. Artmed Editora, 2002.
- Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C. Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 95: 420-423, 1997.
- Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S et al. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders* 52(1-3): 203-07, 1999.
- Andersch S, Hetta J. A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *European Psychiatry* 18: 401-408, 2003.
- Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460, 1989.

- Andrews G, Stewart G, Morris-Yates A, Holdt P, Henderson G. Evidence for a general neurotic syndrome. *Br J Psychiatry* 157: 6-12, 1990.
- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181(4):246-256, 1993.
- Battaglia M, Bertella S, Bajo S, Politi E, Bellodi L. An investigation of the co-occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. *Psychosom Med* 60(6): 726-729, 1998.
- Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: *Guilford Press*, 1988.
- Barzegar G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Gender-related differences in the onset of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 103(3): 189-95, 2001.
- Batelaan N, Graaf R, Balkom A, Vollebergh W, Beekman A. Thresholds for health and thresholds for illness: panic disorder versus subthreshold panic disorder. *Psychological Medicine*, 37: 247-256, 2007.
- Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 80: 75-78, 2004.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld DR, Faraone SV, Bolduc-Murphy EA, Gersten M, Menger SR, Kagan J, Snidman N, Reznick JS. Psychiatry correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatry disorders. *Arch Gen Psychiatry* 47:21-26, 1990.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR, Kagan J. A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(4): 814-821, 1993.
- Bienvenu OJ, Stein MB. Personality and anxiety disorders: a review. *J Personal Dis* 17(2): 139-151, 2003.

- Biondi M, Picardi A. Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow-up study. *Psychother and Psychosom*, 72(1): 34-42, 2003.
- Black DW, Wesner RB, Gabel J et al. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders* 30:233-241, 1994.
- Blackburn R, Donnelly JP, Logan C, Renwick SJ. Convergent and discriminative validity of interview and questionnaire measures of personality disorder in mentally disordered offenders: a multitrait-multimethod analysis using confirmatory factor analysis. *J Personal Disord* 18(2): 129-150, 2004.
- Bond M, Perry C, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorder* 3 (2): 101-112, 1989.
- Brandes M, Bienvenu J. Personality and Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports* 8: 263-269, 2006.
- Busch FN, Milrod BL, Singer MB. Theory and Technique in Psychodynamic Treatment of Panic Disorder. *J Psychother Pract Res* 8(3): 234-242, 1999.
- Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, Altamura AC. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry* 17(7): 394-398, 2002.
- Clair AL, Oei TP, Evans L. Personality and treatment response in agoraphobia with panic attacks. *Compr Psychiatry* 33(5): 310-318, 1992.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 24:461-470, 1986.
- Cloninger CR. A Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 4(3): 167-226, 1986.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 44(6): 573-588, 1987.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep* 69: 1047-1057, 1991.

- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-990, 1993.
- Corominas A, Guerrero T, Vallejo J. 2002. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur Psychiatry* 17: 399-406, 2002.
- Craske MG, Golinelli D, Stein MB, et al. Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting? *Psychol Med*, 35(11): 1645-54, 2005.
- Cunha JA. *Psicodiagnóstico-V. MMPI. 5. Ed. revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, MMPI p.439-506, 2003.
- Dahlstrom WG, Welsh GS. *An MMPI Handbook. A guide to use in clinical practice and research*. The University of Minnesota Press – Minneapolis, p 18-116, 1965.
- Dammen T, Ekeberg O, Arnesen H, Friis S. Personality Profiles in Patients Referred for Chest Pain – Investigation With Emphasis on Panic Disorder Patients. *Psychosomatics* 41(3): 269-276, 2000.
- Davison S, Leese M, Taylor PJ. Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+(PDQ-4+) in a prison population. *J Personal Disord* 15(2): 180-194, 2001.
- Deakin JWF, Graef FG. 5ht and mechanisms of defense. *J Psychopharmacol* 5:305-315, 1991.
- den Boer JA. Pharmacotherapy of Panic Disorder: Differential Efficacy From a Clinical Viewpoint. *J Clin Psychiatry* 59(8): 30-36, 1998.
- Dressen L, Arntz A, Luttels C, Sallaerts S. Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 35(4): 265-274, 1994.
- Dressen L, Arntz A. The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best-evidence synthesis. *Behav Res Ther* 36(5): 483-504, 1998.
- Dyck IR, Philips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL, Massion AO, Zlotnick C, Keller MB. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders* 15(1): 60-71, 2001.

- Eizirik C, Kapczinski F, Bassols AM. Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In: O Ciclo da Vida Humana: Uma Perspectiva Psicodinâmica cap.1, pág. 15-27, 2001.
- Faravelli C. Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affect Disord* 22:79-82, 1985.
- Faravelli C, Panichi C, Pallanti S, Paterniti S, Grecu LM, Rivelli S. Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 84: 6-8, 1991.
- Fossati A, Maffei C, Bagnato M, et al. Brief Communication: Criterion Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire – 4 (PDQ-4) in a Mixed Psychiatric Sample. *Journal of Personality Disorders* 22(2):172-178, 1998.
- Freud A.(1937) O Ego e os Mecanismos de Defesa. *Editora Civilização Brasileira, 6ª edição, 1982.*
- Freud S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angustia" (1895/1894/). In: Freud, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, vol.3, p.107-138, 1987.
- Freud S. O ego e o id (1923). In: Freud, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, vol.19, p.23-89, 1987.
- Freud S. (1926) Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: Freud, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XX. Rio de Janeiro, Imago Editora 107-210, 1980.
- Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e de Caráter de Cloninger – Validação da Versão em Português. In: Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia, p 363- 369, 2000.
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*, 24(1): CD004364, 2007.
- Goddard AW, Charney DS. Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 58: 4-11, 1997.

- Goddard AW, Brouette T, Almai A, Jetty P, Woods S, Charney D. Early Coadministration of Clonazepam With Sertraline for Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: 681-696, 2001.
- Goodwin RD, Brook JS, Cohen P. Panic attacks and the risk of personality disorder. *Psychological Medicine* 35: 227-235, 2005.
- Gorman JM. The Use of Newer Antidepressants for Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 58(14):54-58, 1997.
- Graeff FG. In: *Neurobiologia das doenças mentais*. 4.ed São Paulo: *Lemos Editorial* 109-144, 1997.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, June Ruan W, Huang B. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res* 39(1): 1-9, 2005.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, Huang B, Saha TD. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67(3): 363-374, 2006.
- Groth-Marnat G. *Handbook of Psychological Assessment – Third Edition*. John Wiley & Sons, Inc., chapter 6, p 205-239, 1997.
- Hathaway SR, McKinley JC. *Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI)*. Manual de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: CEPA, 1971.
- Hathaway SR, McKinley JC. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. In: *American Psychiatric Association. Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC : American Psychiatric Association, p. 89- 92, 2000.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW. Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 43-48 (2003).

- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behaviour Research Therapy* 44(3): 657-65, 2006.
- Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry* 163: 857-864, 2006.
- Hoffart A, Hedley LM. Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *J Anxiety Disord* 11 (1): 77-87, 1997.
- Hofmann SG, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM, Hershberger D, Patterson M et al. Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress Anxiety* 8(1): 14-20, 1998.
- Hyer SE, Skodol AE, Kellman HD et al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire – Revised: Comparison With Two Structured Interviews. *Am J Psychiatry* 147(8):1043-1048, 1990.
- Hyer SE, Skodol AE, Oldham JM, et al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire – Revised: a Replication in an Outpatient Sample. *Comprehensive Psychiatry* 33(2): 73- 77, 1992.
- Hyer SE. Personality Diagnostic Questionnaire – (PDQ-4). In: American Psychiatric Association. Handbook of psychiatric measures. Washington, DC : American Psychiatric Association, p. 732- 747, 2000.
- Iketani T, Kirriike N, Stein MB, Nagao K, Minamikawa N, Shidao A, Fukuhara H. Patterns of axis II comorbidity in early-onset versus late-onset panic disorder in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 45(2): 114-20, 2004.
- Isolan LR, Zeni CP, Mezzomo K, Blaya C, Kipper L, Heldt E, Manfro GG. Behavioral inhibition and history of childhood anxiety disorders in Brazilian adult patients with panic disorder and social anxiety disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 27(2):97-100, 2005.

- Ito LM, Gorenstein C, Gentil V, Miyakawa E. Minnesota Multiphasic Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment. *Braz J Med Biol Res* 28: 961-965, 1995.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *J Anxiety Disord* 20: 408-426, 2006.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 240:167-171, 1988.
- Karasu TB, Skodol AE. Vith axis for DSM III: Psychodynamic evaluation. *Am J Psychiatry* 137:607-610, 1980.
- Katon WJ. Panic disorder in the medical setting. Washington: *American Psychiatric Press*, 1991.
- Katschnig H, Amering M, Stolk JM, Klerman GL, Ballenger JC, Briggs A, Buller R, Cassano G, Garvey M, Roth M, et al. Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder. *Br J Psychiatry* 167(4): 487-494, 1995.
- Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, Pratt LA, Gollan JK, Massion AO, White K, Swartz AR, Reich J, Lavori PW. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis* 182(5): 290- 296, 1994.
- Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA. Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q* 72(3): 251-262, 2001.
- Kessler RC, Mcgonale KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19, 1994.
- Kessler RC, Berglung P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6): 593-602, 2005.
- Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63(4): 415-424, 2006.

- Kipper L, Mezzomo K, Zanardo AP, Blaya C, Teruchkin B, Isolan L, Maltz S, Heldt E, Manfro GG. Transtornos de Personalidade em Pacientes com Transtorno do Pânico - implicações no diagnóstico, curso e prognóstico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 23(3): 188-195, 2001.
- Kipper LC. Avaliação de Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico, Sua Relação com Gravidade, Resposta ao Tratamento e Alteração Pós-Tratamento. Dissertação de Mestrado, 2003.
- Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG et al. Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. *Journal of Nervous Mental Disease* 192(1): 58-64, 2004.
- Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 193(9): 619-24, 2005.
- Langs G, Quehenberger F, Fabish K, Klug G, Fabisch J, Zapotoczky HG. Prevalence, patterns and role of personality disorders in panic disorder patients with and without comorbid (lifetime) major depression. *Acta Psychiatr Scand* 98(2): 116-23, 1998.
- Latas M, Starcevic V, Trajkovic G et al. Predictors of Comorbid Personality Disorders in Patients With Panic Disorder With Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry* 41(1):28-34, 2000.
- Latas M, Starcevic V, Vucinic D. Predictors of work disabilities in patients with panic disorder with agoraphobia. *European Psychiatry* 19: 280-284, 2004.
- Lecrubier Y. The Impact of Comorbidity on the Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 59(8): 11-14, 1998.
- Lépine JP. The Epidemiology of Anxiety Disorders: Prevalence and Societal Costs. *J Clin Psychiatry* 63(suppl 14): 4-8, 2002.
- Londborg PD, Wolkow R, Smith WT, Duboff E, England D, Ferguson J, Rosenthal M, Weise C. Sertraline in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry* 173: 54-60, 1998.
- Magruder KM, Calderone GE. Public health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41(2 Suppl 1):14-18, 2000.

- Manfro GG, Otto MW, McArdle ET, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and course of panic disorder. *Journal of Affective Disorder* 41:135-139, 1996.
- Manfro GG, Blaya C. Transtorno do Pânico. In A. Cordioli (Ed.), *Psicofármacos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Manfro GG, Isolan L, Blaya C, Santoa L, Silva M. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno do pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Rev Bras Psiq* 24:26- 29, 2002.
- Marchand A, Wapler M. Effect of personality disorders on response to cognitive behavioral therapy of panic disorder with agoraphobia. *Can J Psychiatry* 38(3): 163-166, 1993.
- Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. *Journal of Affective Disorders* 89: 189-194, 2005.
- Marchesi(a) C, De Panfilis C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: a 1-year naturalistic study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30(7): 1240-1245, 2006.
- Marchesi(b) C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 114(3): 203-210, 2006.
- Marshall J R. Panic Disorder: A treatment update. *J Clin Psychiatry* 58:1:36-42, 1997.
- Massion AO, Dyck IR, Shea T, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 434-440, 2002.
- Mavissakalian M, Hamann MS. Correlates of DSM-III personality disorder in panic disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry* 29(6): 535-544, 1988.
- Mavissakalian M. The relationship between panic disorder/agoraphobia and personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 13(4): 661-684, 1990.

- Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 157:669-682, 2000.
- Mennin DS, Heimberg RG. The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clin Psychol Rev* 20(3): 339-357, 2000.
- Michelson L, June K, Vives A, Testa S, Marchiore N. The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 36: 1011-1050, 1998.
- Mihaljevic, Z.V.; Mandic, N.; Barkic, J.; Mrdenovic, S. A current psychodynamic understanding of panic disorder. *British Journal of Medical Psychology* 71: 27-45, 1998.
- Milrod B, Leon A, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Shear K, et al. A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry* 164: 265-272, 2007.
- Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*, 88(1): 27- 45, 2005.
- Moisan D, Engels ML. Childhood Trauma and Personality Disorder in 43 Women With Panic Disorder. *Psychological Reports* 76: 1133-1134, 1995.
- Mulder RT, Joyce PR, Sellman JD, Sullivan PF, Cloninger CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatr Scand* 93: 99-104, 1996.
- Ninan P, Dunlop BW. Neurobiology an etiology of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(suppl 4):3-7, 2005.
- Noyes R Jr, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 47(9): 809-818, 1990.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10. Porto Alegre: *Artes Médicas*, 1993.
- Otto, M.W.; Whittal, M.L. Cognitive-Behavior Therapy and longitudinal course of Panic Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 18:803-820, 1995.

- Otto MW, Deveney C. Cognitive-Behavioral Therapy and the treatment of Panic Disorder: Efficacy and Strategies. *J Clin Psychiatry*, 66:28-32, 2005.
- Ozkan M, Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry* 46: 20-26, 2005.
- Paris J. Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *J Personality Disorders* 17(6): 479-96, 2003.
- PDM Task Force. Personality Patterns and Disorders – P Axis. In: *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, p. 17-69, 2006.
- Perry JC, Cooper SH, Michels R. Psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry* 146:543-550, 1987.
- Pohl RB, Wolkow RM, Clary CM. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder: A Double-Blind Multicenter Trial. *Am J Psychiatry* 155: 1189-1195, 1998.
- Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF et al. Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings From the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 51:12 (suppl A):12-16, 1990.
- Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS. Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. *Compr Psychiatry* 33(2): 78-83, 1992.
- Pollack MH, Otto MW, Kaspi SP, Hamerness PG, Rosenbaum JF. Cognitive-behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry* 55:200-205, 1994.
- Pollack MH, Smoller JW. The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 18:785-801, 1995.
- Pollack MH, Smoller JW. Pharmacologic approaches to treatment-resistant panic disorder. In: Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF. *Challenges in clinical practice*. New York: Guilford Press 89-112, 1996.
- Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 55: 1010-1016, 1998.

- Pollack MH, Marzol PC. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *Journal of Psychopharmacology* 14(2) Suppl 1: 25-30, 2000.
- Pollack MH, Rapaport MH, Clary CM, Mardekian J, Wolkow R. Sertraline Treatment of Panic Disorder: Response in Patients at Risk for Poor Outcome. *J Clin Psychiatry* 61: 922-927, 2000.
- Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM. Early Improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *Journal of Psychiatric Research* 36: 229-236, 2002.
- Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E, Nutt DJ, Okasha A, Swinson RP, World Council of Anxiety. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectr* 8(8 Suppl 1): 17-30, 2003.
- Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle A, Peters P, Toshkov F, Otto MW. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J Psychoarmacol* 17(3): 276-282, 2003.
- Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66:23-27, 2005.
- Prazko J, Houbova P, Novak T, Zalesky R, Espa-Cervena K, Paskova B, et al. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder – comparison study. *Neuro Endocrinol Lett* 26(6): 667-674, 2005.
- Rapaport MH, Wolkow R, Clary CM. Methodologies and Outcomes from Sertraline Multicenter Flexible-Dose Trials. *Psychopharmacology Bulletin* 34(2): 183-189, 1998.
- Rapaport MH, Pollack M, Wolkow R, Mardekian J, Clary C. Is Placebo Response the Same as Drug Response in Panic Disorder? *Am J Psychiatry* 157: 1014-1016, 2000.
- Rapaport MH, Pollack MH, Clary CM, Mardekian J, Wolkow R. Panic Disorder and Response to Sertraline: The Effect of Previous Treatment with Benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 21(1): 104-107, 2001.
- Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY. Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatr Scand* 104: 289-298, 2001.

- Rapee RM, Litwin EM, Barlow DH. Impact of Live Events on Subjects With Panic Disorder and on Comparison Subjects. *Am J Psychiatry* 147(5): 640-644, 1990.
- Rathus J, Sanderson WC, Miller AL, Wetzler S. Impact of personality functioning on cognitive behavioral treatment of panic disorder: a preliminary report. *J Pers Disord* 9:160-168, 1995.
- Reich JH. DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *Am J Psychiatry* 145(9): 1149-1152, 1988.
- Reich J, Troughton E. Frequency of DSM-III Personality Disorders in Patients With Panic Disorder: Comparison With Psychiatric and Normal Control Subjects. *Psychiatry Research* 26: 89-100, 1988.
- Reich J. The effect of personality on placebo response in panic patients. *J Nerv Ment Dis* 178(11): 699-702, 1990.
- Reich JH, Green AI. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis* 179(2): 74-82, 1991.
- Reich J, Perry JC, Shera D, Dyck I, Vasile R, Goisman RM, Rodriguez-Villa F, Massion AO, Keller M. Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. *Ann Clin Psychiatry* 6(2): 125-134, 1994.
- Reich J. The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *J Personal Disord* 17(5): 387-405, 2003.
- Rocca WA, Grossardt BR, Peterson BJ, Bower JH, Trenerry MR, Ahlskog JE, Sanft KR, Andrade M, Maraganore DM. The mayo clinic cohort study of personality and aging: design and sampling, reliability and validity of instruments, and baseline description. *Neuroepidemiology* 26(3): 119-129, 2006.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Gersten M, Hirshfeld DR, Meninger SR, Herman JB, Kagan J, Reznick S, Snidman N. Behavioral inhibition in childhood of parents with panic disorder and agoraphobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 45:463, 1988.

- Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Charloff J. Behavioral Inhibition in Children: A Possible Precursor to Panic Disorder or Social Phobia. *J Clin Psychiatry* 52:11(suppl): 5-9, 1991.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Charloff J, Hirshfeld DR, Kagan J. Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 1:2, 1993.
- Roso MC, Ito LM, Gentil Filho, V. Problemas na determinação de um perfil de personalidade em pacientes com síndrome do pânico. *Revista ABP-APAL* 9(4): 140-144, 1987.
- Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143:1424-1427, 1986.
- Roy-Byrne PP, Cowley DL. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow up studies. *Anxiety* 1:151-160, 1995.
- Roy-Byrne PP, Stein MD, Russo J, Mercier E, Thomas R, McQuaid J, Katon WJ, Craske M, Bystritsky A, Sherbourne CD. Panic disorder in Primary Care Setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry* 60:7:492-99, 1999.
- Roy-Byrne PP, Russo J, Cowley DS, Katon WJ. Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder. *J Clin Psychiatry* 64(4): 383-389, 2003.
- Rubio G, Lopez-Ibor JJ Jr. What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry* 22 (2): 80-86, 2007.
- Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F. Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res* 51(2): 167-174, 1994.
- Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bartolucci G et al. Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord* 23(3):113-117, 1991.
- Schestatsky S. Psychodynamic diagnostic manual (PDM). Resenha. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 8(2-3): 262-265, 2006.
- Schwartz V. The Panic Disorder Psychodynamic Model (Letter to the Editor). *Am J Psychiatry* 151 (5): 786, 1994.

- Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Prediction of outcome in neurotic disorder: a 5-year prospective study. *Psychol Med* 28(5): 1149-1157, 1998.
- Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet* 359: 2253- 54, 2002.
- Shapiro T. The psychodynamic formulation in child and adolescence psychiatry. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:675-680, 1989.
- Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 150:859-866, 1993.
- Sheehan DV. Current Concepts in the Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 60(18): 16-21, 1999.
- Sheikh JI, Londborg P, Clary CM, Fayyad R. The efficacy of sertraline in panic disorder: combined results from two fixed-dose studies. *International Clinical Psychopharmacology* 15: 335-342, 2000.
- Simon NM, Safren SA, Otto MW, Sharma SG, Lanka GD, Pollack MH. Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *J Affect Disord* 69(1-3): 201-208, 2002.
- Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Stein DJ, Hollander E, Gallaher PE, Lopez AE. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J Psychiatr Res* 29(5): 361-374, 1995.
- Slaap BR, den Boer JA. The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 14(2): 112-122, 2001.
- Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry* 154:773-781, 1997.
- Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94 1997.
- Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 37: 75-79, 1996.

- Starcevic V, Uhlenhuth EH. Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 18, 6(suppl 2):1S, 1998.
- Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF. Trait versus state aspects of the MMPI during the early course of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 33: 275-284, 1999.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50(12): 991-999, 1993.
- Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 106: 189-195, 2002.
- Svrakic DM, Cloninger CR. Personality Disorders. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry chapter 23 (vol II): 2063-2104. 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Toni C, Perugi G, Frare F, Mata B, Vitale B, Mengali F, Recchia M, Serra G, Akiskal HS. A prospective naturalistic study of 326 panic-agoraphobic patients treated with antidepressants. *Pharmacopsychiatry* 33(4): 121-131, 2000.
- Torgersen, S. Genetic Factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 40:1085-1089, 1983.
- Uehara T, Sakado K, Sato T. Test-retest reliability of the Personality Diagnostic Questionnaire: Revised. *Psychiatry Clin Neurosci* 51(6): 369-372, 1997.
- Uhde, T.W.; Boulenger, J.P.; Roy-Byrne, P.P.; Geraci, M.F.; Vittone, B.J.; Post, R.M. Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 9:39-51, 1985.
- Venturello S, Barzego G, Maina G, Bogetto F. Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Compr Psychiatry* 43(1): 28-36, 2002.
- Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L, Paludo A, Salgado AP, Manfro GG. Temperament and Character in Patients with Panic Disorder: a case-control study in the Brazilian population. Submitted, 2007.
- Weisberg RB, Machan JT, Dyck IR, Keller MB. Do Panic Symptoms During Periods of Remission Predict Relapse of Panic Disorder? *J Nerv Ment Dis* 190(3): 190-197, 2002.

- Wiborg IM, Dahl AA. Does Brief Dynamic Psychotherapy Reduce the Relapse Rate of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53: 689-694, 1996.
- Wiborg IM, Dahl AA. The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 96: 58-63, 1997.
- Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA, Gullberg C. Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder? *Compr Psychiatry* 46(4): 311-314, 2005.
- Wilberg T, Dammem T, Friis S. Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ With Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) Standard Diagnoses in a Sample With a High Prevalence of Axis I and Axis II Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41(4): 295-302, 2000.
- Yacubian J, Minuentag N. Tratamento do transtorno do pânico com inibidores da recaptura de serotonina. *Rev Psiq Clin* 28(1): 19-22, 2001.
- Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse and illness - course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety* 17: 173-179, 2003.

7 ARTIGOS

7.1 Trauma and Defense Style as Response Predictors of
Pharmacological Treatment in Panic Patients

Versão em Inglês.

7.2. Trauma e estilo defensivo como preditores de resposta ao
tratamento farmacológico em pacientes com pânico

Versão em Português.

7.1 TRAUMA AND DEFENSE STYLE AS RESPONSE PREDICTORS OF PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN PANIC PATIENTS*

Authors: Letícia Kipper, M.D¹., Carolina Blaya, M.D¹., Cláudia Wachleski¹., Marina Dornelles¹, Giovanni Abrahão Salum¹, Elizeth Heldt, R.N., M.S¹., Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

¹ Post-Graduate Program in Medical Science: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Anxiety Disorder Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

Gisele Gus Manfro (corresponding author), MD, PhD

e-mail: gmanfro@portoweb.com.br

Postal address: Luis Manoel Gonzaga 630/11 CEP: 90470-280 – Porto Alegre, RS, Brazil

Telephone and fax numbers: 55 51 33309272 or 55 51 33289234

* Artigo publicado: European Psychiatry 22: 87-91, 2007. Fator de impacto: 1,463.

Abstract

Background: As panic disorder (PD) has a chronic course, it is important to identify predictors that might be related to non-remission. The aim of this study is to verify whether history of trauma and defense style are predictors to pharmacological treatment response in PD patients. Method: The sample was composed by 47 PD patients according to DSM-IV who were treated with sertraline for 16 weeks. Evaluations were assessed by the C.G.I. (Clinical Global Impression), the Hamilton-Anxiety Scale, the Hamilton-Depression Scale, the Panic Inventory and the DSQ-40 (Defense Style Questionnaire) at baseline and after treatment. Results: Full remission was observed in 61.7% of the sample. The predictors significantly associated with non-remission were: severity of PD ($p=0.012$), age of onset ($p=0.02$) and immature defenses ($p=0.032$). In addition, the history of trauma was associated with early onset of PD ($p=0.043$). Conclusion: Panic patients had as predictors of worse response to pharmacological treatment the early onset and the severity of PD symptoms as well as the use of immature defenses at baseline. This finding corroborates the relevance of the evaluation of factors that might affect the response so as to enable the development of appropriate treatment for each patient.

Keywords: Panic Disorder; Predictors; Outcome; Treatment response; Trauma; Defense style

1. INTRODUCTION

Many factors that might be associated with a worse response in Panic Disorder (PD) have already been studied. Some examples are the severity of PD, the presence and severity of agoraphobia, the duration of the illness, comorbidity with other anxiety, depression and substance abuse disorders, personality disorders, psychodynamic factors, the presence of childhood anxiety disorders and the female gender (15,17,19,20,23,34,36). In a recent study, Roy-Byrne et al. demonstrated that unemployment, recent visits to medical emergency rooms, low socio-economic status and medical co-morbidities were predictors of worse response to treatment (30).

The defense style is also associated with some characteristics and outcome in PD. Some studies have demonstrated that PD patients use a more maladaptive pattern of defense mechanisms as compared to normal individuals (3,13,26,35). A previous study demonstrated that the symptom severity as well as the comorbidity with depression are associated with the use of immature defenses in panic disorder patients (13). In addition, patients with panic disorder who achieved full remission differed after treatment on the lower use of neurotic and immature defenses from those who did not achieve remission (14).

Studies have shown that the outcome in short-term treatment affects the long-term course of PD (2,19,34). Panic disorder usually has a chronic course in up to 88% of the patients, with high morbidity and a negative impact on quality of life (20,22,33). A 15-year follow-up study with PD patients showed that 18% of the patients were in full remission, 13% were clinically better but still under medication, 51% had recurrent panic attacks and 18% still fulfilled diagnostic criteria for PD

(2). This high chronicity is also associated with high health costs. Concerning all the impairment related to chronicity, it is important to identify predictors that might be related to non-remission. This finding could help in planning individual treatment such as, for instance, identifying patients to whom multiple treatment interventions might be indicated (19,36).

The aim of this study is to verify predictors of worse or better response to pharmacological treatment in a sample of PD adult patients with low rates of comorbidity. We investigated whether the history of trauma and the defense style are predictors of PD outcome to pharmacological treatment.

2. METHOD

2.1. Participants

Participants in the study were recruited from clinical referrals and local media advertisement. Patients referred to the study were prescreened by an interview which inquired about previous pharmacological or psychotherapeutic treatment. Patients with mental retardation, dementia or other organic brain syndromes, alcohol or other substance abuse, psychotic disorders, disabling chronic diseases or depression higher than moderate to severe (Hamilton scale for depression ≥ 17) were not included in the study. Subjects should be free of psychiatric treatment for at least 4 months, be in good clinical conditions and be using a safe contraceptive method.

Patients eligible to the study were evaluated by a clinical interview. Out of 50 patients who met DSM-IV diagnostic criteria for panic disorder, 47 were included in the study. Two patients refused to participate in the study and one patient did not

meet the inclusion criteria by the time of the interview. The forty-seven patients were all above 18 years of age, had at least 2 panic attacks in the previous month, and had anticipatory anxiety and avoidance symptoms. The subjects entered in an open-trial study with sertraline, a serotonin reuptake selective inhibitor which has been proven to be effective in panic disorder (21,23,27). The initial dose was 25mg/day increased up to 150mg/day according to clinical evaluation. Clonazepam was added when necessary. The treatment and the follow-up evaluations were carried out for 16 weeks.

The study was previously approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and all the patients signed an informed consent before participating in the research.

2.2 Instruments

Patients were evaluated before being included in the study by a clinical interview and by the M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV), a standardized and structured diagnostic interview which evaluates the main Axis I diagnoses according to the DSM-IV criteria. The M.I.N.I. is an instrument widely used in clinical and research evaluations and was applied by trained psychiatrists (1).

The predictors of treatment response evaluated by a structured clinical interview developed specifically for this study were: age, gender, education level, marital status, history of psychiatric disorders in family members, clinical comorbidity, presence of stressor events in the last year, history of trauma before 18 years of age, psychiatric co-morbidities and age of onset of PD. Trauma was evaluated by asking the patients whether they suffered any of the four traumas

before the age of 18: physical abuse, sexual abuse, death of one or both parents or separation of the parents.

The treatment outcome and PD severity were evaluated by the following: Panic Inventory, Clinical Global Impression (CGI), Hamilton Scale – Anxiety and Hamilton Scale – Depression. In order to assess the treatment evolution and the need of dose adjustments, these scales were applied in weeks: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 and 16. The panic inventory classifies panic attacks as spontaneous, situational, complete or incomplete. It also assess their intensity (rated in a scale from 0 to 10), duration (minutes), frequency as well as the severity of agoraphobia and anticipatory anxiety (rated in a scale from 0-none to 10) (10,11,12,14). In order to evaluate PD severity, a panic specific version of the Clinician Global Impression Severity Scale (CGI) was applied. The CGI provides a global rating of severity of illness (1-7) according to the frequency and intensity of panic attacks, anticipatory anxiety, phobic avoidance and role dysfunction. Consistent with previous studies (9,12,14,24,25), remission was defined by no panic attacks (including limited-symptom and situational attacks) and CGI \leq 2 for 2 weeks at the endpoint.

The defense mechanisms were evaluated by the Defense Style Questionnaire (DSQ) (3,7,31), a 40-question self-report questionnaire which was translated and recently validated into Portuguese (6). Local studies have proved the applicability of the DSQ and the results are in accordance with the international literature (5,10,13). The DSQ evaluates 20 defenses, which are divided into three groups of factors: mature, neurotic and immature. The mature style consists of four defenses (sublimation, humor, anticipation and suppression), as does the neurotic style (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation). The immature

style consists of twelve defenses (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, “autistic fantasy”, denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The DSQ was applied at the baseline and at the end of the study.

2.3. Statistical Analysis

The results are presented as mean±standard deviation. Normal distribution was confirmed by the Shapiro Wilk test. The association between the continuous variables and the treatment response was performed through the Student t test for independent samples and by the Mann-Whitney test. The association between categorical variables and the treatment response was performed through the chi-square test with Yates correction and the Fisher’s Exact test. The association between trauma, age of onset and defense styles were analyzed using the independent Student t test and the Pearson correlation. A multiple logistic regression using a forward step wise method (Wald) was performed using the eligibility criteria of p-value < 0.10 or theoretical relevance. An Intention To Treat (ITT) analysis using the Last Observation Carried Forward (LOCF) was used with all the 47 patients. The statistical analysis was performed with SPSS 14 and a significance level of p<0.05. Bonferroni’s correction was applied for multiple comparison analyses and the p-value calculated was < 0.002.

3. RESULTS

Forty-seven patients with panic disorder (32 women and 15 men) participated in this study. Of these, 6 patients dropped out before 16 weeks. Two patients dropped out due to adverse effects (one had a rash and one had sexual

dysfunction); one patient became pregnant; and three patients were no compliant. The median time to drop out was at week 8, ranging from week 4 to 14. The mean age of the sample was 37. Full remission of the symptoms after medical treatment with sertraline was achieved in 61.7% of the sample. Among the 47 patients studied, 43 had PD with agoraphobia. The sample was characterized by low frequency of major co-morbidities: 12 patients with mild depression and 19 patients with generalized anxiety disorder. None of the co-morbidities showed a statistically significant association with worse or better response to treatment.

Using Bonferroni's correction for multiple comparison exploratory analyses, the higher severity ($p=0.001$) and the use of immature defenses ($p=0.001$) were significantly associated with a worse response to treatment. The other defense styles as well as the socio-demographic and the clinical variables were not significantly associated with remission ($p>0.002$). The associations between these variables and the response to pharmacological treatment are shown in Table 1.

Out of the forty-seven patients, 15 (32%) had a history of trauma. Using a t test for independent samples, a significant association between the history of trauma and the earlier onset of PD was found (27.53 ± 9.24 years of age in patients with a history of trauma vs. 33.59 ± 9.35 years of age in patients without a history of trauma; $p=0.043$). Otherwise, no significant association was found between patients with and without history of trauma and mature (5.18 ± 1.25 vs. 5.44 ± 1.25 , respectively; $p=0.460$), neurotic (5.20 ± 1.22 vs. 4.49 ± 1.30 , respectively; $p=0.081$) or immature (4.06 ± 1.07 vs. 3.53 ± 0.71 , respectively; $p=0.096$) defenses. Pearson correlation was performed and no significant

association was found between age of onset and mature ($p=0.782$), neurotic ($p=0.338$) or immature ($p=0.403$) defenses.

A multiple logistic regression using step wise method was performed with the following variables: age, age of onset, trauma, gender, full situational panic attacks, Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale, anticipatory anxiety, co-morbidity with depression, mature, neurotic and immature defenses. It was observed that the early age of onset of PD ($p=0.020$), the severity of PD ($p=0.012$) and the immature defenses ($p=0.032$) were statistically significant as predictors of poor response to pharmacological treatment in PD patients (Table 2).

4. DISCUSSION

In the present study we evaluated the history of trauma before 18 years of age and the defense style as predictors of treatment outcome in PD patients with low rates of major psychiatric comorbidities. According to these results, PD patients had as predictors of worse response the early onset of the disease, the severity of PD and the use of immature defenses at baseline, which is in agreement with the literature (8,10).

Our previous study showed that the comorbidity with depression and the higher use of neurotic and immature defenses were associated with a worse response to cognitive behavioral therapy in PD (10). Also, another study using pharmacological treatment demonstrated that the higher use of maladaptive defenses was associated with worse outcomes (14). In this previous study the defenses are influenced by the symptomatic stage of the illness, but also seem to

characterize the patients' way of facing stressors and could influence the outcome of the disorder, what is according to the present data.

Regarding the severity of panic symptoms, our study corroborates data previously described in which patients with more severe symptoms achieve lower remission by the end of acute pharmacological treatment (4). Pollack & Smoller showed that severity of symptoms is an important factor in patients' prognosis, showing that the frequency of panic attacks tends to decrease more promptly and rapidly to pharmacotherapy (20).

The emphasis of this present study was the influence of defense styles and the history of early trauma in PD outcomes. Some studies show that PD patients use a more maladaptive defense style in comparison to normal controls (3,13,26,35) and that negative stressful life events are associated with the onset of PD. This suggests the existence of a psychological vulnerability that precedes PD (16,28,29). However, in existing literature, it is not clear whether the presence of early trauma is associated with treatment response. Michelson et al. investigated the influence of trauma in rates of remission and relapse in patients with PD treated with cognitive-behavioral therapy and demonstrated that higher rates of trauma were associated with worse outcome after acute treatment and a 1 year follow-up (18). Our study demonstrated that early trauma was associated with an earlier onset of panic symptoms, which was a predictor of worse outcome after pharmacological treatment. This data suggests that the trauma suffered before 18 might be relevant for the PD outcome, because it could precipitate the early onset of the illness, once this group of individuals may be more vulnerable to stressful

events. However, this hypothesis must be tested by other studies with larger samples.

Limitations of this study are the small sample size and the absence of a long term assessment. In addition, a standardized instrument to assess trauma and family history of psychiatric disorders was not used. Neither family members were evaluated by clinical interview. Besides, the effects of early trauma and defense mechanisms should have been controlled by the effects of other confounding variables, such as personality disorders. Therefore, our data must be considered tentative and should be confirmed by further studies.

Our findings suggest that patients who use a more immature defense style, have an earlier onset of PD and a higher severity could be more susceptible to worse outcome and chronicity. These findings corroborate the model proposed by Shear et al. in which patients with PD present a psychological vulnerability that when associated with biological and/or environmental stressors during the development ages impaired their proper evaluation of dangers and threats as well as the development of more adaptive defenses (32).

5. CONCLUSION

In this study, the main predictors of worse outcome to pharmacological treatment were the early onset of the disease, the severity of PD and the use of immature defenses at baseline. Furthermore, the history of a trauma before the age of 18 was associated with an earlier onset of panic. These findings confirm the

clinical relevance of the evaluation of factors that might affect treatment outcome in order to enable an appropriate treatment for each patient.

Studies suggest that an appropriate treatment for PD must involve not only the remission of symptoms, but also the modification of factors associated with chronicity, which seems to be central in this disorder (24,32). New studies are necessary in this field to evaluate different therapeutic techniques focusing on strategies that might be effective in modifying the course of PD.

Acknowledgements: FIPE-HCPA (Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clinicas de Porto Alegre), FAPERGS (Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul) and CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

REFERENCES

1. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3): 106-15.
2. Andersch S, Hetta J. A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 401-8.
3. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(4): 246-56.
4. Black DW, Wesner RB, Gabel J, Bowers W, Monahan P. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *J Affect Disord* 1994; 30: 233-41.
5. Blaya C, Isolan L, Mezzomo K, Kipper LC, Heldt E, Manfro GG et al. Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Controle. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2002; 24(3): 305-10.
6. Blaya C, Dornelles M, Kipper L, Heldt E, Bond M, Manfro GG et al. Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* (in press).
7. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 333-8.
8. Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(5): 754-65.
9. Guy W. CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacolog.* (Rev. Ed. Rockville, MD); 1976. p. 217-22.
10. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW et al. Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 43-8.

11. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther* 2006; 44(3): 657-65.
12. Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, Fleck M & Manfro GG. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive-behavior therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother and Psychosom* 2006;75(3):183-186.
13. Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG et al. Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192(1): 58-64.
14. Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(9): 619-24.
15. Lecrubier Y. The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 8): 11-6.
16. Manfro GG, Otto M, Mc Ardle ET, Worthington III JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of Precipitant Life Events and Childhood History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *J Affect Disord* 1996; 41:135-9.
17. Marshall JR. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bull Menninger Clin* 1996; 60: A39-53.
18. Michelson L, June K, Vives A, Testa S, Marchione N. The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1998; 36: 1011-50.
19. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS, O'Neil C, Asher R et al. Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings From the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 12-6.
20. Pollack MH, Smoller JW. The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 785-801.

21. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1010-6.
22. Pollack MH, Marzol PC. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol* 2000; 14(2- Suppl 1): 25-30.
23. Pollack MH, Rapaport MH, Clary CM, Mardekian J, Wolkow R. Sertraline Treatment of Panic Disorder: Response in Patients at Risk for Poor Outcome. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 922-7.
24. Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM. Early improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *J Psychiatr Res* 2002; 36: 229-36.
25. Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F & Otto MW. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J Psychopharmacol* 2003; 17(3):276-82.
26. Pollock C, Andrews G. Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146(11): 1500-2.
27. Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY. Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 289-98.
28. Rappe RM, Litwin EM, Barlow DH. Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 640-4.
29. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1424-7.
30. Roy-Byrne PP, Russo J, Cowley DS, Katon WJ. Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(4): 383-9.
31. San Martini P, Roma P, Sarti S, Lingiardi V, Bond M. Italian version of the defense style questionnaire. *Compr Psychiatry* 2004; 45(6): 483-94.
32. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 859-66.
33. Simon NM, Safren SA, Otto MW, Sharma SG, Lanka GD, Pollack MH. Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *J Affect Disord* 2002; 69 (1-3): 201-8.

34. Slaap BR, den Boer JA. The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 2001; 14(2): 112-22.
35. Spinhoven P & Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 87-94.
36. Starcevic V & Uhlenhuth EH. Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18(suppl 2):1S.

Table 1. Predictors of remission to pharmacological treatment in patients with PD

	Remission		p-value
	Remitters n=29(61.7%)	Non-remitters n=18(38.3%)	
DEMOGRAPHICS			
Age	40.3 ± 9.8	35.2±8.2	0.068
Gender			
Female	23 (79.3)	9 (50)	0.076
Male	6 (20.7)	9 (50)	
Instruction			
Low level	9 (31)	6 (33.3)	>0.999
High level	20 (69)	12 (66.7)	
Marital Status			
Without partner	9 (31)	5 (27.8)	>0.999
With partner	20 (69)	13 (72.2)	
CLINICAL VARIABLES			
Age of onset, years	34.7±8.8	26.7±9.0	0.004
Duration of illness, years	3 (1 to 9)	4 (1 to 16.5)	0.644
Familiar History			
Yes	25(86.2)	13(72.2)	0.274
No	4 (13.8)	5 (27.8)	
Clinical disease			
Yes	8 (27.6)	5 (27.8)	>0.999
No	21 (72.4)	13 (72.2)	
Stressor events			
Yes	16(55.2)	11(61.1)	0.923
No	13 (44.8)	7 (38.9)	
Trauma history			
Yes	5 (17.2)	10 (55.6)	0.016
No	24 (82.8)	8 (44.4)	
CGI	4,1±0.8	4,9±0.6	0.001
HAM – A	24.1±6.4	27.3±4.8	0.069
HAM – D	10±2.9	12.8±4.2	0.011
Full Spontaneous Attacks	2 (1 to 4)	4 (1 to 14.25)	0.196
Limited Spontaneous Attacks	3 (0 to 10)	1.5 (0 to 15.5)	0.875
Full Situational Attacks	0	1 (0 to 3.25)	0.003
Limited Situational Attacks	0	0 (0 to 2)	0.103
Attacks intensity	8 (6 to 9)	8 (7 to 8)	0.740
Anticipatory Anxiety	7.6± 3.1	8.9±1.4	0.055
Agoraphobia	6.2±3.2	7.2±2.2	0.242
Co-morbidities			
Depression			
Yes	6(20.7)	6 (33.3)	0.493
No	23(79.3)	12 (66.7)	
Generalized Anxiety Disorder			
Yes	11 (37.9)	8 (44.4)	0.891
No	18 (62.1)	10 (55.6)	
DEFENSE STYLES			
Mature Defenses	5.6±1.0	4.9±1.1	0.046
Neurotic Defenses	4.4±1.2	5.3±1.2	0.017
Immature Defenses	3.4±0.8	4.2±0.7	0.001

Note: Values represent count (percent), mean ± SD and median (interquartile range). HAM-A, Hamilton Scale of Anxiety; HAM-D, Hamilton Scale of Depression. Proportions were analyzed by the Chi-square test with Yates correction and the Fisher's Exact Test. Symmetric continuity variables were assessed by the Independent samples Student t test; asymmetric variables were assessed by the Mann-Whitney test. Bonferroni adjustment for multiple comparisons was applied and significance for this exploratory analysis was **p<0.002**

Table 2. Multiple logistic regression results predicting clinical remission in PD patients

	B	Wald	p	Odds ratio (CI 95%)
Age of onset	0.129	5.382	0.020	1.138 (1.020 – 1.268)
Immature defenses	-1.198	4.579	0.032	0.302 (0.101 – 0.904)
CGI	-1.947	6.349	0.012	0.143 (0.031 – 0.649)

Note: Forward step wise method was used in this analysis, including the following variables (selection criteria $p < 0.10$ or theoretical relevance): age, age of onset, trauma, gender, full situational panic attacks, anticipatory anxiety, Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale, co-morbidity with depression (measured by MINI), mature, neurotic and immature defenses. For forward step wise method the inclusion criteria was $< .05$ and for removal $p < 0.1$.

7.2 TRAUMA E ESTILO DEFENSIVO COMO PREDITORES DE RESPOSTA AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES COM PÂNICO

Autores: Letícia Kipper, M.D¹., Carolina Blaya, M.D¹., Cláudia Wachleski¹., Marina Dornelles¹, Giovanni Abrahão Salum¹, Elizeth Heldt, R.N., M.S¹., Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

¹ Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Programa de Transtornos de Ansiedade, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

Gisele Gus Manfro (autora para correspondência), MD, PhD

e-mail: gmanfro@portoweb.com.br

Endereço: Luis Manoel Gonzaga 630/11 CEP: 90470-280 – Porto Alegre, RS, Brasil

Telefone e Fax: 55 51 33309272 ou 55 51 33289234

* Artigo publicado: European Psychiatry 22: 87-91, 2007. Fator de impacto: 1,463.

Resumo

Introdução: Como o transtorno do pânico (TP) possui um curso crônico, é importante identificar preditores que possam estar relacionados à não-remissão. O objetivo deste estudo é verificar se a história de trauma e o estilo defensivo são preditores de resposta ao tratamento farmacológico em pacientes com TP.

Método: A amostra foi composta por 47 pacientes com TP, de acordo com o DSM –IV, que foram tratados com sertralina por um período de 16 semanas. As avaliações foram realizadas através do CGI (Impressão Clínica Global), Escala Hamilton -Ansiedade, Escala Hamilton-Depressão, Inventário do Pânico e DSQ-40 (Defense Style Questionnaire) no basal e após o tratamento.

Resultados: Foi observada remissão completa em 61,7% da amostra. Os preditores significativamente associados à não-remissão foram: gravidade do TP ($p=0,012$), idade de início ($p=0,02$) e defesas imaturas ($p=0,032$). Além disso, a história de trauma foi associada ao início mais precoce do TP ($p=0,043$).

Conclusão: Pacientes com TP apresentaram como preditores de pior resposta ao tratamento farmacológico, o início mais precoce e a gravidade dos sintomas do TP, bem como o uso de defesas imaturas na linha de base. Este achado corrobora a relevância da avaliação de fatores que possam afetar a resposta a fim de proporcionar o desenvolvimento de um tratamento adequado a cada paciente.

Palavras-chaves: Transtorno do Pânico; Preditores; Resultado; Resposta ao tratamento; Trauma; Estilo defensivo.

1. INTRODUÇÃO

Muitos fatores que podem estar associados à pior resposta no Transtorno do Pânico (TP) têm sido estudados. Alguns exemplos são a gravidade do TP, a presença e gravidade de agorafobia, a duração da doença, a comorbidade com outros transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias, transtornos de personalidade, fatores psicodinâmicos, a presença de transtornos de ansiedade na infância e o sexo feminino (15,17,19,20,23,34,36). Em estudo recente, Roy-Byrne et al. demonstrou que o desemprego, visitas recentes a emergências médicas, baixo nível sócio-econômico e comorbidades médicas foram preditores de pior resposta ao tratamento (30).

O estilo defensivo está também associado a algumas características e resultados no TP. Alguns estudos têm demonstrado que pacientes com TP usam um padrão mais maladaptativo de mecanismos de defesa comparados a indivíduos normais (3,13,26,35). Um estudo prévio evidenciou que a gravidade dos sintomas, bem como a comorbidade com depressão, estão associados ao uso de defesas imaturas em pacientes com TP (13). Além disso, pacientes com TP que alcançaram remissão completa diferiram após o tratamento, daqueles que não apresentaram remissão, no menor uso de defesas neuróticas e imaturas (14).

Estudos têm mostrado que o resultado do tratamento em curto prazo afeta o curso em longo prazo do TP (2,19,34). O TP tem geralmente um curso crônico, em até 88% dos pacientes, com alta morbidade e um impacto negativo na qualidade de vida (20,22,33). Um estudo de seguimento de 15 anos de pacientes com TP mostrou que 18% dos pacientes apresentaram remissão completa, 13% mostraram-se clinicamente melhor, mas ainda sob medicação, 51% apresentaram

ataques de pânico recorrentes e 18% ainda preenchem critérios diagnósticos de TP (2). Essa alta cronicidade também está associada aos altos custos de saúde. Considerando todo o prejuízo relacionado à cronicidade, é importante identificar preditores que possam estar relacionados à não-remissão. Esses achados podem auxiliar no planejamento de tratamentos individuais, por exemplo, identificando pacientes para os quais possam estar indicadas múltiplas intervenções de tratamento (19,36).

O objetivo deste estudo é verificar preditores de pior ou melhor resposta ao tratamento farmacológico em uma amostra de pacientes adultos com TP com baixas taxas de comorbidades. Foi investigado se a história de trauma e o estilo defensivo são preditores de resultado ao tratamento farmacológico no TP.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Os participantes do estudo foram recrutados através de indicações clínicas e anúncios divulgados pela mídia local. Os pacientes referidos ao estudo foram pré-selecionados através de uma entrevista sobre seus tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos prévios. Pacientes com retardo mental, demência ou outras síndromes cerebrais orgânicas, abuso de álcool ou outras substâncias, transtornos psicóticos, doenças crônicas debilitantes ou depressão maior moderada a severa (escala Hamilton-Depressão ≥ 17) não foram incluídos no estudo. Os sujeitos deviam estar sem tratamento psiquiátrico por pelo menos quatro meses, estar em boas condições clínicas e usando um método contraceptivo seguro.

Os pacientes elegíveis ao estudo foram avaliados por uma entrevista clínica. Dos 50 pacientes que preenchiam critérios diagnósticos do DSM-IV para TP, 47 foram incluídos no estudo. Dois pacientes recusaram-se a participar do estudo e um paciente não preencheu os critérios de inclusão no momento da entrevista. Todos os quarenta e sete pacientes tinham idade acima de 18 anos, tinham apresentado pelo menos dois ataques de pânico no mês anterior, apresentavam ansiedade antecipatória e sintomas evitativos. Os pacientes entraram em um ensaio aberto com sertralina, um inibidor seletivo de recaptação da serotonina, comprovadamente efetivo no TP (21,23,27). A dose inicial foi de 25mg/dia aumentada até 150mg/dia de acordo com avaliação clínica. O clonazepam foi adicionado quando necessário. O tratamento e as avaliações de seguimento ocorreram num período de 16 semanas.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e todos os pacientes assinaram um termo de consentimento antes de participar da pesquisa.

2.2 Instrumentos

Os pacientes foram avaliados, antes de sua inclusão no estudo, por uma entrevista clínica e pelo M.I.N.I (*Mini International Neuropsychiatric Interview – Versão Brasileira 5.0.0 – DSM IV*), uma entrevista diagnóstica padronizada e estruturada que avalia o principais diagnósticos de eixo I de acordo com os critérios do DSM –IV . O M.I.N.I. é um instrumento amplamente utilizado em avaliações clínicas e pesquisas e foi aplicado por psiquiatras treinados (1).

Os preditores de resposta ao tratamento, avaliados através de entrevista clínica desenvolvida especificamente para este estudo, são: idade, sexo,

escolaridade, estado marital, história de transtornos psiquiátricos em membros da família, comorbidade clínica, presença de eventos estressores no ano anterior, história de trauma antes dos 18 anos de idade, comorbidades psiquiátricas e idade de início do TP. O trauma foi avaliado questionando se os pacientes sofreram algum dos quatro traumas seguintes, antes dos 18 anos de idade: abuso físico, abuso sexual, morte de um ou ambos os pais ou separação dos pais.

O resultado do tratamento e a gravidade do TP foram avaliados pelos seguintes instrumentos: Inventário do Pânico, Impressão Clínica Global (GGI), Escala Hamilton – Ansiedade e Escala Hamilton – Depressão. A fim de acessar a evolução do tratamento e a necessidade de ajustes de doses essas escalas foram aplicadas nas semanas: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16. O Inventário do Pânico classifica os ataques de pânico como espontâneos, situacionais, completos ou incompletos. Também avalia sua intensidade (em uma escala de 0 a 10), duração (minutos), frequência, bem como a gravidade da agorafobia e ansiedade antecipatória (em escala de 0 a 10) (10,11,12,14). A fim de avaliar a gravidade do TP, foi utilizada uma versão específica para pânico da Escala de Gravidade da Impressão Clínica Global (CGI). A CGI avalia a gravidade global da doença (1-7) de acordo com a frequência e intensidade dos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, evitação fóbica e prejuízo no funcionamento. De acordo com estudos anteriores (9,12,14,24,25), a remissão foi definida pela ausência de ataques de pânico (incluindo sintomas limitados e ataques situacionais) e CGI \leq 2 por 2 semanas ao final do tratamento.

Os mecanismos de defesa foram avaliados pelo *Defense Style Questionnaire* (DSQ) (3,7,31), um questionário de auto-relato, composto por 40

questões, traduzido e recentemente validado para o Português (6). Estudos locais têm comprovado a aplicabilidade do DSQ e os resultados estão de acordo com a literatura internacional (5,10,13). O DSQ avalia 20 defesas, divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. O estilo maduro consiste de quatro defesas (sublimação, humor, antecipação e supressão), assim como o estilo neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa). O estilo imaturo consiste de doze defesas (projeção, agressão-passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, *splitting*, racionalização e somatização). O DSQ foi aplicado na linha de base e no final do estudo.

2.3. Análise Estatística

Os resultados são apresentados como média \pm desvio padrão. A distribuição normal foi confirmada pelo teste Shapiro Wilk. A associação entre as variáveis contínuas e a resposta ao tratamento foi realizada através dos testes t de Student para amostras independentes e teste de Mann-Whitney. A associação entre variáveis categóricas e a resposta ao tratamento foi realizada através do teste qui-quadrado com correção de Yates e o Teste Exato de Fisher. A associação entre trauma, idade de início e estilo defensivo foi analisada utilizando o teste t de Student independente e a correlação de Pearson. Uma regressão logística múltipla utilizando o método step wise (Wald) foi realizada usando o critério de elegibilidade de valor-p $< 0,10$ ou relevância teórica. Uma análise *Intention to Treat* (ITT) usando *Last Observation Carried Forward* (LOCF) foi utilizada com todos os 47 pacientes. A análise estatística foi realizada utilizando o

SPSS 14 e um nível de significância de $p < 0,05$. A correção de Bonferroni foi aplicada para análises de múltiplas comparações e o valor-p calculado foi $< 0,002$.

3. RESULTADOS

Quarenta e sete pacientes com TP (32 mulheres e 15 homens) participaram do estudo. Destes, seis pacientes foram excluídos antes de 16 semanas. Dois pacientes foram excluídos devido a efeitos adversos (um por *rash* cutâneo e outro por disfunção sexual), uma paciente engravidou, e outros três não aderiram ao tratamento. O tempo mediano de desistência foi na semana oito, variando entre as semanas 4 a 14. A média de idade da amostra foi de 37 anos. A remissão completa dos sintomas, após tratamento medicamentoso com sertralina, foi alcançada em 61,7% da amostra. Dentre os 47 pacientes estudados, 43 apresentaram TP com agorafobia. A amostra foi caracterizada pela baixa frequência de comorbidades maiores: 12 pacientes com depressão leve e 19 pacientes com transtorno de ansiedade generalizada. Nenhuma das comorbidades mostrou associação estatisticamente significativa com pior ou melhor resposta ao tratamento.

Utilizando a correção de Bonferroni para análises exploratórias de múltiplas comparações, a maior gravidade ($p=0,001$) e o uso de defesas imaturas ($p=0,001$) apresentaram associação significativa à pior resposta ao tratamento. Os outros estilos defensivos, bem como as variáveis sócio-demográficas e clínicas, não foram significativamente associados com remissão ($p > 0,002$). As associações entre estas variáveis e a resposta ao tratamento farmacológico está apresentada na Tabela 1.

Dos quarenta e sete pacientes, 15 (32%) tinham história de trauma. Utilizando o teste t para amostras independentes, foi encontrada uma associação significativa entre a história de trauma e o início mais precoce do TP ($27,53 \pm 9,24$ anos de idade em pacientes com história de trauma vs. $33,59 \pm 9,35$ anos de idade em pacientes sem história de trauma; $p=0,043$). Por outro lado, não foi encontrada associação significativa entre pacientes com e sem história de trauma e defesas maduras ($5,18 \pm 1,25$ vs. $5,44 \pm 1,25$, respectivamente; $p=0,460$), neuróticas ($5,20 \pm 1,22$ vs. $4,49 \pm 1,30$, respectivamente; $p=0,081$) ou imaturas ($4,06 \pm 1,07$ vs. $3,53 \pm 0,71$, respectivamente; $p=0,096$). A correlação de Pearson foi realizada e nenhuma associação significativa foi encontrada entre idade de início e defesas maduras ($p=0,782$), neuróticas ($p=0,338$) ou imaturas ($p=0,403$).

Foi realizada uma regressão logística múltipla, utilizando o método *forward step wise*, com as seguintes variáveis: idade, idade de início, trauma, sexo, ataques de pânico situacionais completos, Escala Hamilton- Ansiedade, Escala Hamilton- Depressão, ansiedade antecipatória, comorbidade com depressão, defesas maduras, neuróticas e imaturas. Foi observado que a idade de início precoce do TP ($p=0,020$), a gravidade do TP ($p=0,012$) e as defesas imaturas ($p=0,032$) foram estatisticamente significativas como preditores de pobre resposta ao tratamento farmacológico em pacientes com TP (Tabela 2).

4. DISCUSSÃO

No presente estudo nós avaliamos a história de trauma antes dos 18 anos de idade e o estilo defensivo como preditores de resultado do tratamento em pacientes com TP com baixas taxas de comorbidades psiquiátricas maiores. De

acordo com estes resultados, pacientes com TP apresentaram como preditores de pior resposta o início precoce da doença, a gravidade do TP e o uso de defesas imaturas na linha de base, o que está de acordo com a literatura (8,10).

Nosso estudo prévio mostrou que a comorbidade com depressão e o maior uso de defesas neuróticas e imaturas estavam associados com pior resposta à terapia cognitivo-comportamental no TP (10). Outro estudo, utilizando tratamento farmacológico, também demonstrou que o maior uso de defesas maladaptativas foi associado com piores resultados (14). Neste estudo, as defesas foram influenciadas pelo estado sintomático da doença, mas também pareceram caracterizar a maneira do paciente de enfrentar estressores e poderiam influenciar no desfecho do transtorno, o que está de acordo com os dados presentes.

Em relação à gravidade dos sintomas do pânico, nosso estudo corrobora dados previamente descritos, em que pacientes com sintomas mais graves alcançam menor remissão ao final do tratamento farmacológico agudo (4). Pollack & Smoller mostraram que a gravidade dos sintomas é um fator importante no prognóstico dos pacientes, mostrando que a frequência de ataques de pânico tende a diminuir mais pronta e rapidamente à farmacoterapia (20).

A ênfase do presente estudo foi na influência do estilo defensivo e da história de trauma precoce no resultado do tratamento no TP. Alguns estudos mostram que pacientes com TP usam um estilo defensivo mais maladaptativo em comparação com controles normais (3,13,26,35) e que eventos de vida estressantes negativos estão associados com o início do TP. Isto sugere a existência de uma vulnerabilidade psicológica que precede o TP (16,28,29). Entretanto, na literatura existente, não está claro se a presença de trauma precoce

está associada à resposta ao tratamento. Michelson et al. investigou a influência do trauma nas taxas de remissão e recaída em pacientes com TP tratados com terapia cognitivo-comportamental e demonstrou que maiores taxas de trauma estavam associadas com piores resultados após o tratamento agudo e em um ano de seguimento (18). Nosso estudo demonstrou que o trauma precoce foi associado a um início mais precoce dos sintomas de pânico, que foi um preditor de pior resposta após tratamento farmacológico. Estes dados sugerem que o trauma sofrido antes dos 18 anos possa ser relevante para os resultados no TP, porque poderia precipitar o início precoce da doença, uma vez que este grupo de indivíduos pode ser mais vulnerável a eventos estressantes. No entanto, esta hipótese deve ser testada por outros estudos com amostras maiores.

Limitações deste estudo são o tamanho pequeno da amostra e a ausência de um acompanhamento em longo prazo. Também, não foi utilizado um instrumento padronizado para acessar o trauma e a história de transtorno psiquiátrico na família. Membros da família não foram avaliados por entrevista clínica. Ainda, os efeitos de traumas precoces e mecanismos de defesas deveriam ser controlados pelo efeito de outras variáveis confundidoras como, por exemplo, transtornos de personalidade. Portanto, nossos dados devem ser considerados provisórios e devem ser confirmados por estudos futuros.

Nossos resultados sugerem que pacientes que usam um estilo defensivo mais imaturo, que apresentam um início mais precoce do TP e maior gravidade da doença poderiam ser mais suscetíveis a piores resultados e à cronicidade. Estes resultados corroboram o modelo proposto por Shear et al., no qual pacientes com TP apresentam uma vulnerabilidade psicológica que, quando associada com

estressores biológicos e/ou ambientais durante a idade de desenvolvimento, prejudicam sua avaliação apropriada de perigos e ameaças, bem como o desenvolvimento de defesas mais adaptativas (32).

5. CONCLUSÃO

Neste estudo, os principais preditores de pior resposta ao tratamento farmacológico foram o início precoce da doença, a gravidade do TP e o uso de defesas imaturas na linha de base. Além disso, a história de trauma antes dos 18 anos foi associada com o início mais precoce do pânico. Estes achados confirmam a relevância clínica da avaliação de fatores que possam afetar os resultados do tratamento a fim de possibilitar um tratamento adequado para cada paciente.

Estudos sugerem que um tratamento apropriado para o TP deve envolver não apenas a remissão dos sintomas, mas também a modificação de fatores associados à cronicidade, que parecem ser centrais neste transtorno (24,32). Novos estudos nesta área são necessários a fim de avaliar diferentes técnicas terapêuticas focalizando em estratégias que possam ser efetivas em modificar o curso do TP.

Acknowledgments: FIPE-HCPA (Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre), FAPERGS (Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

REFERÊNCIAS

1. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3): 106-15.
2. Andersch S, Hetta J. A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 401-8.
3. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(4): 246-56.
4. Black DW, Wesner RB, Gabel J, Bowers W, Monahan P. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *J Affect Disord* 1994; 30: 233-41.
5. Blaya C, Isolan L, Mezzomo K, Kipper LC, Heldt E, Manfro GG et al. Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Control. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2002; 24(3): 305-10.
6. Blaya C, Dornelles M, Kipper L, Heldt E, Bond M, Manfro GG et al. Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* (in press).
7. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 333-8.
8. Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(5): 754-65.
9. Guy W. CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacolog.* (Rev. Ed. Rockville, MD); 1976. p. 217-22.
10. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW et al. Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 43-8.

11. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther* 2006; 44(3): 657-65.
12. Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, Fleck M & Manfro GG. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive-behavior therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother and Psychosom* 2006;75(3):183-186.
13. Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG et al. Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192(1): 58-64.
14. Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(9): 619-24.
15. Lecrubier Y. The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 8): 11-6.
16. Manfro GG, Otto M, Mc Ardle ET, Worthington III JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of Precipitant Life Events and Childhood History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *J Affect Disord* 1996; 41:135-9.
17. Marshall JR. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bull Menninger Clin* 1996; 60: A39-53.
18. Michelson L, June K, Vives A, Testa S, Marchione N. The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1998; 36: 1011-50.
19. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS, O'Neil C, Asher R et al. Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings From the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 12-6.
20. Pollack MH, Smoller JW. The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 785-801.

21. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1010-6.
22. Pollack MH, Marzol PC. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol* 2000; 14(2- Suppl 1): 25-30.
23. Pollack MH, Rapaport MH, Clary CM, Mardekian J, Wolkow R. Sertraline Treatment of Panic Disorder: Response in Patients at Risk for Poor Outcome. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 922-7.
24. Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM. Early improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *J Psychiatr Res* 2002; 36: 229-36.
25. Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F & Otto MW. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J Psychopharmacol* 2003; 17(3):276-82.
26. Pollock C, Andrews G. Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146(11): 1500-2.
27. Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY. Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 289-98.
28. Rappe RM, Litwin EM, Barlow DH. Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 640-4.
29. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1424-7.
30. Roy-Byrne PP, Russo J, Cowley DS, Katon WJ. Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(4): 383-9.
31. San Martini P, Roma P, Sarti S, Lingiardi V, Bond M. Italian version of the defense style questionnaire. *Compr Psychiatry* 2004; 45(6): 483-94.
32. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 859-66.
33. Simon NM, Safren SA, Otto MW, Sharma SG, Lanka GD, Pollack MH. Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *J Affect Disord* 2002; 69 (1-3): 201-8.

34. Slaap BR, den Boer JA. The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 2001; 14(2): 112-22.
35. Spinhoven P & Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 87-94.
36. Starcevic V & Uhlenhuth EH. Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18(suppl 2):1S.

Tabela 1. Preditores de remissão ao tratamento farmacológico em pacientes com TP.

	Remissão		Valor p
	Em remissão n=29(61,7%)	Não-remissão n=18(38,3%)	
DEMOGRÁFICOS			
Idade	40,3 ± 9,8	35,2±8,2	0,068
Sexo			
Feminino	23 (79,3)	9 (50)	0,076
Masculino	6 (20,7)	9 (50)	
Instrução			
Nível Baixo	9 (31)	6 (33,3)	>0,999
Nível Alto	20 (69)	12 (66,7)	
Estado Marital			
Sem companheiro	9 (31)	5 (27,8)	>0,999
Com companheiro	20 (69)	13 (72,2)	
VARIÁVEIS CLÍNICAS			
Idade de início, anos	34,7±8,8	26,7±9,0	0,004
Duração da doença, anos	3 (1 a 9)	4 (1 a 16,5)	0,644
História familiar			
Sim	25(86,2)	13(72,2)	0,274
Não	4 (13,8)	5 (27,8)	
Doença Clínica			
Sim	8 (27,6)	5 (27,8)	>0,999
Não	21 (72,4)	13 (72,2)	
Eventos Estressores			
Sim	16(55,2)	11(61,1)	0,923
Não	13 (44,8)	7 (38,9)	
História de Trauma			
Sim	5 (17,2)	10 (55,6)	0,016
Não	24 (82,8)	8 (44,4)	
CGI	4,1±0,8	4,9±0,6	0,001
HAM – A	24,1±6,4	27,3±4,8	0,069
HAM – D	10±2,9	12,8±4,2	0,011
Ataque Espontâneo Completo	2 (1 a 4)	4 (1 a 14,25)	0,196
Ataque Espontâneo Limitado	3 (0 a 10)	1,5 (0 a 15,5)	0,875
Ataque Situacional Completo	0	1 (0 a 3,25)	0,003
Ataque situacional Limitado	0	0 (0 a 2)	0,103
Intensidade dos Ataques	8 (6 a 9)	8 (7 a 8)	0,740
Ansiedade Antecipatória	7,6± 3,1	8,9±1,4	0,055
Agorafobia	6,2±3,2	7,2±2,2	0,242
Comorbidades			
Depressão			
Sim	6(20,7)	6 (33,3)	0,493
Não	23(79,3)	12 (66,7)	
Transtorno de Ansiedade Generalizada			
Sim	11 (37,9)	8 (44,4)	0,891
Não	18 (62,1)	10 (55,6)	
ESTILO DEFENSIVO			
Defesas Maduras	5,6±1,0	4,9±1,1	0,046
Defesas Neuróticas	4,4±1,2	5,3±1,2	0,017
Defesas Imaturas	3,4±0,8	4,2±0,7	0,001

Nota: Valores representam frequência (porcentagem), média ± DP e mediana (amplitude interquartil). HAM-A, Escala Hamilton de Ansiedade; HAM-D, Escala Hamilton de Depressão. Proporções foram analisadas pelo teste qui-quadrado com correção de Yates e o Teste Exato de Fisher. Variáveis contínuas com distribuição normal foram analisadas pelo teste t de Student para amostras independentes; variáveis assimétricas foram acessadas pelo teste Mann-Whitney. Foi aplicada correção de Bonferroni para múltiplas comparações e a significância para esta análise exploratória foi **p<0.002**

Tabela 2. Resultados da regressão logística múltipla predizendo remissão clínica em pacientes com TP.

	B	Wald	p	Razão de Chances (IC 95%)
Idade de Início	0,129	5,382	0,020	1,138 (1,020 – 1,268)
Defesas Imaturas	-1,198	4,579	0,032	0,302 (0,101 – 0,904)
CGI	-1,947	6,349	0,012	0,143 (0,031 – 0,649)

Nota: O método *forward step wise* foi utilizado nesta análise, incluindo as seguintes variáveis (critério de seleção $p < 0,10$ ou relevância teórica): idade, idade de início, trauma, sexo, ataques de pânico situacionais completos, ansiedade antecipatória, Escala Hamilton de Ansiedade, Escala Hamilton de Depressão, comorbidade com depressão (medida pelo MINI), defesas maduras, neuróticas e imaturas. Para o método *forward step wise* o critério de inclusão foi $< ,05$ e para remoção foi $p < 0,1$.

7.3 A Neurotic Pattern of Personality in Patients with Panic Disorder -

Before and After Treatment

Versão em Inglês

7.4 Padrão Neurótico de Personalidade em Pacientes com Transtorno do Pânico -

Antes e Depois do Tratamento

Versão em Português

7.3 A Neurotic Pattern of Personality in Patients with Panic Disorder - Before and After Treatment*

Letícia Kipper, M.D¹., Cláudia Wachleski¹, Giovanni Abrahão Salum¹, Elizeth Heldt R.N., PhD¹, Carolina Blaya, M.D¹, Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

¹ Post-Graduate Program in Medical Science: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Anxiety Disorder Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

* Artigo submetido: Journal of Personality Disorders. Fator de impacto: 1.308.

ABSTRACT

Personality disorders may contribute to chronicity in panic disorder (PD). There is paucity of data studying patients during the asymptomatic phase of PD. The aim of this study was to evaluate personality patterns in panic patients, before and after treatment, when compared to controls. Forty seven patients with PD and 40 controls were included in the study, evaluated through: Mini International Neuropsychiatric Interview, Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Personality Diagnostic Inventory (DSM – IV version), Clinical Global Impression, Panic Inventory and Hamilton Anxiety Scale. Patients were treated with sertraline for 16 weeks and were found to have higher personality scores of the neurotic triad, psychasthenia and avoidant traits as compared to controls. After treatment, a small magnitude reduction in MMPI sores was found in asymptomatic patients, but none of the PDQ-IV scales changed. Panic patients present a particular neurotic and anxious personality pattern that could be influenced by acute symptoms, but the most striking personality patterns remain in the asymptomatic phase and can be focus of research.

INTRODUCTION

Panic Disorder (PD) has a recurrent and chronic course and a high rate of patients presents partial remission and relapses after years of treatment (Carpiniello et al., 2002; Andersch and Hetta, 2003). The co-morbidity of PD with Personality Disorders (PersD) has received attention as a factor that might contribute to chronicity and the difficulty to treat some PD patients (Pollack and Smoller, 1995).

Studies have described the rates of this co-morbidity as ranging from 30 to 69%, and this considerable variation is probably due to the different methodologies employed and the distinct samples evaluated in the studies (Dammen et al., 2000; Latas et al., 2000; Marchesi et al., 2005; Albert et al., 2006; Marchesi et al., 2006). Grant et al. (2005) studied panic patients with agoraphobia who sought treatment, and found that the prevalence of at least one PersD can reach a level as high as 75%. On the other hand, Dyck et al. (2001) failed to find this association, which is inconsistent with the previous studies. As predictors of PersD in panic patients, some authors have described parental overprotection in childhood, the duration of PD, the association with depression and a lifetime history of alcohol abuse (Latas et al., 2000). Moreover, a greater frequency of axis II comorbidity was found in the early-onset PD (Iketani et al, 2004), and authors have observed that patients with the co-morbidity have more severity, agoraphobic symptoms and lower levels of functioning (Ozkan and Altindag, 2005). The most common PersD described in symptomatic panic patients are: dependent, avoidant, histrionic, obsessive-compulsive, borderline and paranoid (Hoffart and Hedley, 1997; Ampollini P et al.,

1999; Dammen et al., 2000; Grant et al., 2005). Some studies have described a greater prevalence of cluster C (anxious) personality disorders in patients presenting acute anxious symptomatology (Ampollini et al., 1999; Dammen et al., 2000). However, there are few studies in the asymptomatic stage of the disorder (Hoffart and Hedley, 1997), making it difficult to evaluate which personality characteristics found in the studies are primary and inherent to a subject's personality and which could be a consequence of a reorganization of their functioning due to PD symptoms.

The influence of personality in psychopathology has been widely debated, with studies showing controversial results. The impact of personality traits in the risk for PD and in its treatment as well as the stability of a personality diagnosis are still an issue of discussion (Mennin and Heimberg, 2000; Johnson et al., 2006). Personality traits and disorders are by definition a highly stable behavior pattern, yet over the last years some authors have questioned this stability and the possibility that personality characteristics may be influenced by acute symptoms and by time frame (Seivewright et al., 2002; Rocca et al., 2006).

Regarding the high frequency of the co-morbidity of PD and PersD and the fact that both tend to have a chronic course, the possible clinical impact of this association becomes important. Also, the ways in which personality traits can be related to PD need to be studied, given that personality can be viewed as a vulnerability/predisposing factor for Axis I disorders; as consequences of long-lasting or earlier onset axis I disease; as comprising a spectrum with anxiety, sharing a common genetic and/or environmental etiology; or as having an independent etiology but as a factor that modifies the axis I symptomatology and/or

is modified by acute symptoms (Ozkan and Altindag, 2005; Brandes and Bienvenu, 2006; Hettema et al., 2006; Johnson et al., 2006).

The aim of the present exploratory study was to evaluate the personality traits used by adult patients with PD, before and after pharmacological treatment, when compared to a control group, as well as to determine their association with PD severity and their implications in acute treatment outcomes.

METHODS

Participants

The study was carried out with patients who sought medical care at the anxiety disorders outpatient unit (PROTAN) of the Psychiatry Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil, or who were selected directly for the research. Through consecutive sampling, patients above 18 years of age who met the DSM-IV diagnostic criteria for PD, had anticipatory anxiety and avoidance symptoms, had had at least two panic attacks in the previous month, and had not been undergoing any type of treatment (pharmacotherapy or psychotherapy) over the last 4 months were included. The control group was constituted by normal volunteers, all of whom were employees at the HCPA who did not meet diagnostic criteria for axis I psychiatric disorders.

The PD patients were selected to receive pharmacological treatment with sertraline, a serotonin reuptake selective inhibitor effective on PD (Rapaport et al., 2001). The initial dose was of 25 mg/d in the first week, increasing to up to 150 mg/d until the symptomatic remission or occurrence of important adverse effects was found according to clinical evaluation. Clonazepam could also be used

whenever deemed necessary. The treatment was carried out in 16 weeks and PD patients were evaluated in the baseline and during the treatment period in weeks 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 and 16. The control group was evaluated in the baseline and after 16 weeks.

No patients presenting mental retardation, dementia or other organic brain syndrome, alcohol or other substance dependence, psychotic disorders, disabling chronic disease or moderate to severe major depression (Hamilton scale ≥ 17) were included in the study. Two of the control individuals evaluated were excluded by the validation scales of the MMPI.

All the patients and controls signed an informed consent before participating in this research, which was previously approved by the Research Ethics Committee of the HCPA. Part of the sample has already been described in previous studies (Kipper et al. 2005; Kipper et al. 2007).

Instruments

The PD patients and the control group were evaluated by trained psychiatrists prior to their inclusion in the study by a clinical interview and by the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV, a standardized and structured diagnostic interview that evaluates the main axis I psychiatric disorders according to the DSM-IV criteria (Amorim, 2000).

Personality characteristics were evaluated using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) and the Personality Diagnostic Questionnaire – DSM-IV version (P.D.Q.- IV)

The M.M.P.I. was applied and analyzed by a trained psychologist in two 60-minute interviews which were carried out prior to and after 16 weeks of treatment in

the case of PD patients and in the baseline in the control group. The M.M.P.I. is an instrument widely used both in clinic and research, translated to Portuguese through a Brazilian standardization and adaptation of the inventory. It contains 566 questions (right or wrong type) and classifies 10 clinical scales of personality traits: hypochondriasis (Hs), depression (D), hysteria (Hy), psychopathic deviate (Pd), masculinity-femininity (MF), paranoia (Pa), psychasthenia (Pt), schizophrenia (Sc), hipomania (Ma) and introversion-extroversion (Si). It also presents 4 validity scales - doubt, lie, mistake and correction/defenses - which evaluate the attitude related to the inventory and determine the validity of the clinical scales. According to Hathaway's classification, the M.M.P.I. scores were defined as pathological (≥ 70), high (from 55 to 69) and normal or low (≤ 54). Scores higher than 70 in any of the clinical scales were considered pathological global M.M.P.I and scores lower than 70 non pathological. M.M.P.I. scores higher or lower than 70 in any of the Hs, D and Hy scales were considered pathological or non pathological neurotic triad, respectively (intraclass correlation coefficient = 0.891, $p < 0.001$) (Hathaway and McKinley, 1971; Cunha, 2003).

The PDQ-IV is a self-report questionnaire which contains 85 questions (true or false type) and was applied before and after 16 weeks in both the PD patients and the control group. Said instrument is used in order to screen personality disorders according to the DSM-IV diagnostic criteria. It evaluates 10 personality disorders of DSM-IV axis II (paranoid, schizotypal, schizoid, histrionic, narcissistic, borderline, antisocial, avoidant, dependent and obsessive-compulsive) as well as 2 others (passive-aggressive and depressive). A total score in PDQ – IV ≥ 30 indicates a high probability of a personality disorder. The PDQ – IV has high

sensitivity and moderate specificity to personality disorders (Hyler et al., 1990; Dammen et al., 2000).

The response to pharmacological treatment and the severity of the disease were determined through the scales applied before and after medical treatment in PD patients: Panic Inventory, Clinical Global Impression, Hamilton Scale – Anxiety and Hamilton Scale – Depression. These scales were also applied during the patients' treatment in weeks 0, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 and 16. In the control group, the Hamilton – Anxiety and Hamilton – Depression scales were applied at the baseline (inclusion in the study) and after the period of 16 weeks. The Panic Inventory is an instrument that classifies panic attacks as spontaneous, situational, complete or incomplete. It also assesses the intensity of attacks (rated on a scale from 0 to 10), duration (minutes) and frequency, and the severity of agoraphobia and anticipatory anxiety (rated on a scale from 0-none to 10) (Kipper et al., 2005; Heldt et al., 2006; Kipper et al., 2007). A panic-specific version of the Clinical Global Impression (CGI) was used. The CGI provides a global rating of severity of PD with scores ranging from 1 (normal, not ill) to 7 (extremely ill) according to the frequency and intensity of panic attacks, level of anticipatory anxiety, level of phobic avoidance and role (familial, social or occupational) dysfunction (Guy, 1976). Consistent with previous studies, the criteria for total remission of symptoms used was: CGI \leq 2 and no panic attacks at the end of the treatment (Pollack et al., 2002; Kipper et al., 2005; Heldt et al., 2006; Kipper et al., 2007).

Demographic and other clinical data (age of onset, PD duration, family history, clinical diseases, stressor events, trauma history) were collected using a structured clinical interview developed specifically for this study. Co-morbidity was

evaluated by the M.I.N.I. and defense mechanisms were evaluated by the DSQ – 40 (Defense Style Questionnaire) (Bond et al., 1983; Blaya et al., 2007). These data were described in a previous study (Kipper et al., 2007).

Statistical Analysis

The sample size was based on a previous study, with an alpha value of 0.05 and 80% of power, resulting in 40 patients and 40 controls. Data are presented as count (percent), median (interquartile range) and mean (standard deviation). Kolmogorov-smirnov test and Levene's test were used to evaluate Gaussian distribution and sphericity, respectively.

Clinical and socio-demographic variables were analyzed by the independent samples t test. Categorical variables were analyzed by the Chi-square test (with or without Yates' correction) and the Fisher Exact test. In order to correlate the personality scales measured by MMPI with CGI and HAM-A scores the Pearson correlation was used. The comparison between baseline mean scores of patients and controls and asymptomatic patients and controls was made by the independent samples t test. The comparison between patients before and after treatment was made by the paired samples t test. The percentage of patients with or without pathological global MMPI and pathological neurotic triad before and after treatment were analyzed by the McNemar test. When symmetric assumptions were broken, non parametric tests were used. To evaluate response predictors, a bivariate analysis was made with all MMPI and PDQ scales independently. Variables which were significantly associated with outcome were controlled by other variables that significantly predict remission with sertraline as described elsewhere (Kipper et al, 2007). In order to analyze differences in baseline MMPI scores

between patients and controls, between asymptomatic patients after treatment and controls as well as between patients before and after psychopharmacological treatment, only those patients who completed the study (n=40) were included in the data analysis. In order to analyze the response predictors to sertraline, all 47 patients who entered the study were included in the intent-to-treat-analysis using last observation carried forward. Regarding the PDQ analysis between patients before and after treatment, 33 patients were evaluated and only valid scales according to the validity criteria of this scale were included (baseline evaluation: 24 controls and 33 patients; endpoint evaluation: 21 and 18 respectively). The entire statistical analysis was made with the SPSS 14.0, and an $\alpha=0.05$ and confident interval of 95% were used.

RESULTS

Clinical and Demographic Data

Forty-seven patients with PD and 40 controls were included in the study. Of the 47 patients, 6 dropped out before 16 weeks (2 due to adverse effects, 1 became pregnant and 3 patients were non compliant) and 1 patient did not complete all final tests. There was no statistically significant difference in the demographic variables and clinical scores in the baseline between patients who concluded the study and those who did not (p values > 0.05). Considering the MMPI personality scales in the baseline, there was a statistically significant difference in: masculinity/femininity, 47.1 ± 7.57 vs 54.8 ± 11.77 , $p=0.035$; psychasthenia 59.8 ± 9.71 vs. 69.3 ± 10.42 , $p=0.032$; schizophrenia, 56.3 ± 9.7 vs.

65.3±12.94, $p=0.049$, mean±SD, between patients who concluded the study and those who did not, respectively.

There was no statistically significant difference between patients and controls considering demographic data, trauma history before 18 years, 12 (30%) vs. 13 (32.5%) $p>0.999$; clinical disease, 11 (27.5%) vs. 8 (20%) $p=0.599$ and stressor events in the last year, 23 (57.5%) vs. 14 (35%) $p=0.073$, respectively. The frequency of family history of psychiatric disease was higher among patients compared to the control group, 35 (87.5%) vs. 24 (60%) $p=0.011$, respectively. Among patients who had a stressor event in the last year (23), 15 (56.5%) related this event to the onset of PD. Among patients, 43 had agoraphobia, 19 had co-morbidity with generalized anxiety disorder, 12 had mild depression, 4 social phobia, 2 dysthymia and 1 had obsessive-compulsive disorder, according to the M.I.N.I.

The patients' severity varied from moderate to severe (baseline CGI=4.4 ± 0.87), the agoraphobia intensity scores were 6.9 ± 2.82 (in a 0 to 10 scale) and the anticipatory intensity was 8.2 ± 2.60 (in a 0 to 10 scale). The HAM-A and HAM-D scales had the following mean ± DP, respectively: 25.5±5.68 and 11±3.48. Twenty six patients (65%) reached total remission at the end of the 16 weeks of treatment.

Personality and Severity in patients with PD

Four MMPI scales had a significant correlation with the CGI severity scale of PD in the baseline: D ($r=0.436$; $p=0.005$); Pa ($r=0.431$; $p=0.006$); Pt ($r=0.433$; $p=0.005$) and Sc ($r=0.363$; $p=0.021$).

Personality and Anxiety Symptoms

Nine of the MMPI scales presented significant positive correlations with the baseline HAM-A scores in patients and controls: Hs ($r=0.768$; $p<0.001$), D ($r=0.666$; $p<0.001$), Hy ($r=0.702$; $p<0.001$), Pd ($r=0.368$; $p=0.001$), Pa ($r=0.521$; $p<0.001$), Pt ($r=0.752$; $p<0.001$), Sc ($r=0.649$; $p<0.001$); Ma ($r=0.275$; $p=0.014$) and Si ($r=0.548$; $p<0.001$).

Personality and Defensive Style

Considering patients and controls, only the Ma scale ($r=0.433$; $p<0.001$) correlated directly to the mature defense mechanisms. The neurotic defenses correlated directly to: D ($r=0.294$; $p=0.008$); Pa ($r=0.227$; $p=0.043$); Pt ($r=0.342$; $p=0.002$); Sc ($r=0.384$; $p<0.001$); Ma ($r=0.362$; $p=0.001$) and Si ($r=0.311$; $p=0.005$). The immature defenses correlated directly to: Hs ($r=0.287$; $p=0.010$); D ($r=0.358$; $p=0.001$); Pa ($r=0.368$; $p=0.001$); Pt ($r=0.402$; $p<0.001$); Sc ($r=0.434$; $p<0.001$); Ma ($r=0.396$; $p<0.001$) and Si ($r=0.432$; $p<0.001$).

Personality comparison between PD patients and controls

In the baseline

Comparing the means of the 10 MMPI clinical scales of the PD patients ($n=40$) with the control group ($n=40$), it was observed that patients were different from the control group in 9 out of 10 scales, presenting a significantly higher mean in the MMPI scores on: Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc and Si ($p<0.001$), with the exception of the Ma scale in which there was no difference ($p=0.059$). In the MF scale, the controls presented higher means than the patients ($p=0.014$). (Figure 1)

Considering the neurotic triad, it was verified that 32 patients (80%) presented pathological scores of this triad, while only 1 control subject (2.5%) had this triad score ≥ 70 ($p < 0.001$). Analyzing the global MMPI, 34 patients (85%) were found to present at least some pathological score, while only 2 control subjects (5%) presented at least one pathological score ($p < 0.001$).

In the PDQ-IV scales, 3 scales showed a higher frequency of personality disorder in patients compared to controls: paranoid, OR=7.9 (CI95% 1.5 to 40.3), $p=0.01$; avoidant, OR=14 (CI95% 2.7 to 71.6), $p < 0,001$; and dependent OR=2.1 (CI95% 1.5 to 2.9), $p=0.012$. Comparing the presence of any personality disorder between patients and controls, it was found that patients had a higher chance of presenting one or more personality disorders compared to controls, OR=7.2 (CI95% 2 to 25.7), $p=0.003$.

In asymptomatic patients

The differences between means of each of the MMPI scores between controls and asymptomatic patients are shown in figure 2. Remitted patients had higher scores on scales Hs, D, Hy (neurotic triad), and Pt as compared to the control group. Comparing the global MMPI from controls and the final global MMPI from patients that achieved remission, it was observed that 2 controls (5%) vs 7 (26.9%) of the 26 remitted patients presented pathological personality traits ($p < 0.001$). Considering the neurotic triad, it was observed that 1 (2.5%) control vs. 6 (23.1%) remitted patients ($p < 0.001$) had pathological scores.

In the PDQ-IV scores of the remitted patients, a higher frequency of the avoidant personality disorder as compared to controls, OR=10.4 (CI95% 2 to 53.5), $p=0.025$, was found.

Personality comparison in PD patients before and after treatment (n=40)

Analyzing the global MMPI pre and post treatment, it was observed that all the 6 patients (25%) who did not present the pathological global MMPI in the baseline remained in the group without pathological personality traits in the test replication after 4 months of treatment, while out of the 34 patients (85%) who presented a pathological global MMPI in the baseline, 16 (47.1%) remained with pathological MMPI and 18 (52.9%) presented a non pathological global MMPI in the end of the 4 months ($p<0.001$). However, of these 18 patients, 17 (94.4%) remained in the level of high personality scores on the MMPI. Considering the neurotic triad, it was observed that of the 32 patients (80%) that presented pathological levels at the baseline, 12 (37.5%) continued presenting this level at the end of treatment and 20 (62.5%) did not ($p<0.001$). However, of these 20 patients, 17 (85%) remained with the triad in high level. The difference found between patients before and after treatment in terms of the mean scores of each of the MMPI scales is found in figure 3.

In a quantitative analysis of the MMPI, it was observed that 8 out of the 10 clinical scales presented a significant reduction of values after the 4 months of pharmacological treatment. However, the difference observed in the means presents a small magnitude in the majority of the scales. Even considering the scales where the higher differences between pre and post treatment means were

found, by dividing the T scores into pathological, high and normal, the depression and hysteria scales remained in the class of high personality traits in MMPI; the hypochondria scale changed from pathological to high and the psychasthenia scale from high to normal, and all remained different from the control group. Two of the scales (psychopathic deviation and masculinity/femininity) did not change significantly.

None of the PDQ-IV scales changed significantly after pharmacological treatment in the sample of patients and control subjects.

Personality and Acute Treatment Outcome

The MMPI scales were also analyzed as predictors of acute pharmacological treatment remission. In a bi-variate analysis, 3 MMPI scales were predictors of worse outcome: paranoia (OR=14; CI95% 1.5 to 129.2; p=0.009), psychasthenia (OR=28; CI95% 3.1 to 252.3; p<0.001) and schizophrenia (OR=8.6; CI95% 1.5 to 48; p=0.014). Nevertheless, controlling each variable to the predictors already known in a multivariate analysis with age of onset, baseline CGI and immature defenses (Kipper et al., 2007), none of the 3 MMPI scales remained as a significant outcome predictor.

Two of the PDQ-IV personality disorders were predictors of worse outcome in PD: paranoid (OR=6.8 CI95% 1.4 to 31.9; p=0.016) and obsessive-compulsive (OR=7.8 CI95% 1.6 to 38.8 p=0.012). However, after controlled by the other known predictors this effect did not remain independent.

DISCUSSION

In a Brazilian sample of panic patients with low rates of major psychiatric co-morbidities, the present study identified a personality pattern characterized by higher rates of pathological personality traits, which is different from that found in control subjects. Most importantly, the higher and pathological traits described were the anxious and neurotic type. It was also observed that, after the pharmacological treatment, asymptomatic PD patients continued with a different personality pattern compared to the control group in the anxious and neurotic personality characteristics. They presented higher personality traits in the neurotic triad (hypochondriasis, depression, hysteria), in psychasthenia, and in avoidant PersD, leading to the hypothesis that these anxious patients might present a more regressive and maladaptive personality pattern than subjects without panic disorder. These data corroborate previous findings of higher rates of maladaptive defense styles in these patients, as well as the presence of neuroticism (Kipper et al. 2005; Hettema et al., 2006).

Besides, there was a significant decrease in some personality characteristics after the pharmacological treatment in PD patients, while others remained stable. However, most of the changes observed, even though statistically significant, indicate only minor clinical significance. In our sample, it seems that anxiety exacerbated an already existing high or pathological personality trait.

Based on these data it is possible to infer that these patients have a neurotic pattern of personality (hypochondriasis, depression, hysteria, psychasthenia and avoidant) that might be reinforced by acute symptoms, but that remain present in their absence. Our data showed that patients might be more vulnerable to the development of anxiety disorder or to having difficulties in coping with life events.

In our sample, even though there was no difference in the frequency of stressor events in the last year between patients and controls, more than 50% of the PD patients related the stressors to the onset of PD, suggesting a difficulty to deal with them. This is in accordance with studies that show a psychological vulnerability previous to PD onset (Manfro et al., 1996) and is in agreement with a recent prospective longitudinal study that showed that a PersD in early adulthood increases the risk for panic disorder in middle adulthood (Rocca et al., 2006).

It is difficult to evaluate PersD in patients with acute PD due to the possible influence that the anxiety might have on the report of personality traits. This influence is evidenced in the change of the personality scores before and after treatment, which is in agreement with other earlier studies (Hoffart and Hedley, 1997). However, this influence was partial, given that in most patients who presented abnormal scores in pathological or high levels, these did not change to normal personality traits after treatment. Reich and Troughton (1988) found that after the adjustment for other variables no effect of the anxiety state was found in their personality measurement, while the depression state significantly affected it. Marchesi et al. (2005) showed that the improvement of PD symptoms was related to a normalization of paranoid traits and a reduction but persistence of avoidant and dependent traits. The categorical division between trait and state or into Axis I and II diagnostic criteria could be old-fashioned and can actually be considered a spectrum that shares a common origin with overlapping symptoms and characteristics.

In relation to the possible influence of PersD in PD treatment outcome, our study failed to find pathological traits as predictors of worse acute response, after

controlling to other predictor factors, even though psychasthenic patients presented a high risk of unachieved remission (OR=28). It is possible to consider that the observation period of the study might be short to measure this influence. Some studies suggest that the acute treatment outcome does not seem affected by personality disorders, unlike the negative impact on the long-term outcome (Slaap and den Boer, 2001). Therefore, it can be suggested that it would be more adequate to evaluate longer follow-up periods and the clinical impact of these co-morbidities not only through symptomatic remission but also through other aspects of clinical relevance and morbidity such as: whether these patients keep a longer treatment time, whether they are patients who are more predisposed to relapses and whether they have lower occupational or social functioning, for example.

One of the limitations of the present study is that the study design does not allow for the conclusion that these traits were really previous to PD onset. In addition, the control group selected might not be representative of the population and the small sample size as well as the instruments used to measure personality may have limitations. Some authors believe that the use of self-report instruments leads to higher rates of PersD and also influences the evaluation of the effect on treatment outcome (Slaap and den Boer, 2001; Marchesi et al., 2006).

Finally, based on the data, we can suggest that, even though influenced by acute panic symptoms, the personality pattern can be evaluated in these patients because the most striking patterns remain after they have achieved remission.

Due to the chronicity of PD it is important to study factors that might be associated with higher morbidity in order to develop more effective treatment strategies. If some personality traits remain stable after remission, these traits may

be associated to further relapses. Thus additional long term follow-up studies are necessary to evaluate remission and its association with PersD. Moreover, the overlap in the characteristics of some anxiety disorders in Axis I and PersD in axis II might be of clinical relevance to the patient's diagnosis and treatment and should be evaluated in new studies.

REFERENCES

Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F (2006). Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic. *Depression and Anxiety* 23(7): 422-28.

Amorim P (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(3): 106-15.

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S et al. (1999). Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders* 52(1-3): 203-07.

Andersch S, Hetta J (2003). A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *European Psychiatry* 18: 401-8.

Blaya C, Dornelles M, Kipper L, Heldt E, Bond M, Manfro GG et al. (2007). Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* 17(3): 261-272.

Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 40:333-338.

Brandes M, Bienvenu OJ (2006). Personality and anxiety disorders. *Current Psychiatry Report* 8(4): 263-69.

Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. (2002). Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *European Psychiatry* 17: 394-98.

Cunha, J A. *Psicodiagnóstico-V* (2003). MMPI. 5. Ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, MMPI p.439-506.

Dammen T, Ekeberg O, Arnesen H, Friis S (2000). Personality profiles in patients referred for chest pain. Investigation with emphasis on panic disorder patients. *Psychosomatics* 41(3): 269-76.

Dyck IR, Philips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL et al. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders* 15(1): 60-71.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, Huang B et al. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatry Research* 39(1): 1-9.

Guy W (1976). CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (Rev. Ed. Rockville, MD) p. 217-22.

Hathaway SR, McKinley JC (1971). *Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI)*. Manual de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: CEPA.

Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW (2006). One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behaviour Research Therapy* 44(3): 657-65.

Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry* 163: 857-864.

Hoffart A, Hedley LM (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorder* 11 (1): 77-87.

Hyer SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L (1990). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: comparison with two structures interview. *American Journal of Psychiatry* 147(8): 1043-48.

Iketani T, Kiriike N, Stein MB, Nagao K, Minamikawa N, Fukuhara H et al. (2004). Patterns of axis II comorbidity in early-onset versus late-onset panic disorder in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 45(2): 114-20.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS (2006). Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 20: 408-426.

Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 193(9): 619-24

Kipper L, Blaya C, Wachleski C, Dornelles M, Salum GA, Heldt E, Manfro GG (2007). Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *European Psychiatry* 22(2): 87-91.

Latas M, Starcevic V, Trajkovic G, Bogojevic G (2000). Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry* 41(1): 28-34.

Manfro GG, Otto M, Mc Ardle ET, Worthington III JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH (1996). Relationship of Precipitant Life Events and Childhood History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders* 41:135-9.

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C (2005). The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. *Journal of Affective Disorders* 89: 189-194.

Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C (2006). Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: a 1-year naturalistic study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 30(7): 1240-45.

Mennin DS, Heimberg RG (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review* 20(3): 339-57.

Ozkan M, Altindag A (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry* 46: 20-26.

Pollack MH, Smoller JW (1995). The Longitudinal Course and Outcome of Panic Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 18 (4): 785-801.

Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM (2002). Early improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *Journal of Psychiatry Research* 36: 229-36

Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY (2001). Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 289-98.

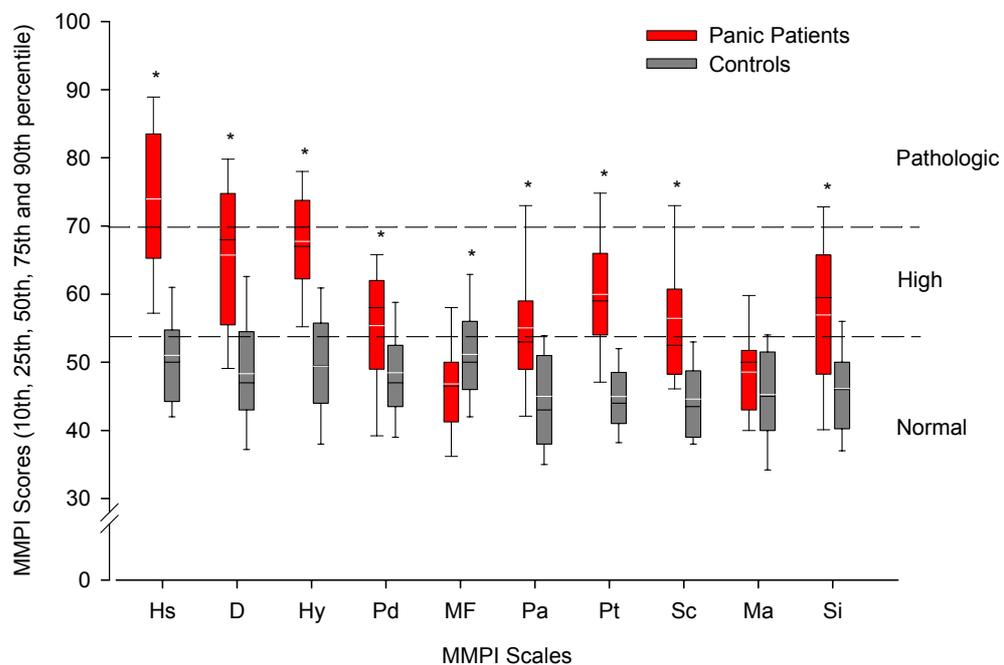
Reich J, Troughton E (1988). Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects. *Psychiatry Research* 26: 89-100.

Rocca WA, Grossardt BR, Peterson BJ, Bower JH, Trenergy MR, Ahlskog JE et al. (2006). The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging: Design and Sampling, Reliability and Validity of Instruments, and Baseline Description. *Neuroepidemiology* 26: 119-129.

Seivewright H, Tyrer P, Johnson T (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet* 359: 2253- 54.

Slaap BR, den Boer JA (2001). The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depression and Anxiety* 14(2): 112-22.

Figure 1 - MMPI Scores between Panic Patients and Controls in the baseline

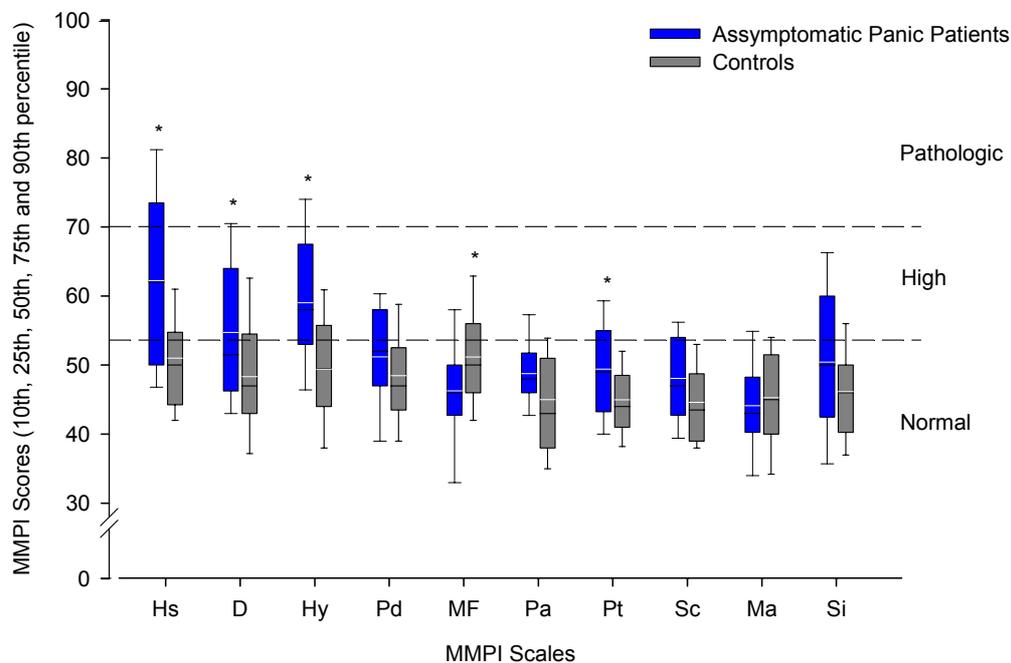


Note: White line represents mean; black line represents median and percentiles.

Abbreviations: MMPI, Minnesota Multifasic Personality Inventory; Hs, hypochondriasis; D, depression; Hy, hysteria; Pd, psychopathic deviate; MF, masculinity-femininity; Pa, paranoia; Pt, pychasthenia; Sc, schizophrenia; Ma, hypomania; Si, social introversion.

* Independent samples t test comparing means between patients and controls; $p < 0.05$

Figure 2 - MMPI Scores between Asymptomatic treated Panic Patients and Controls

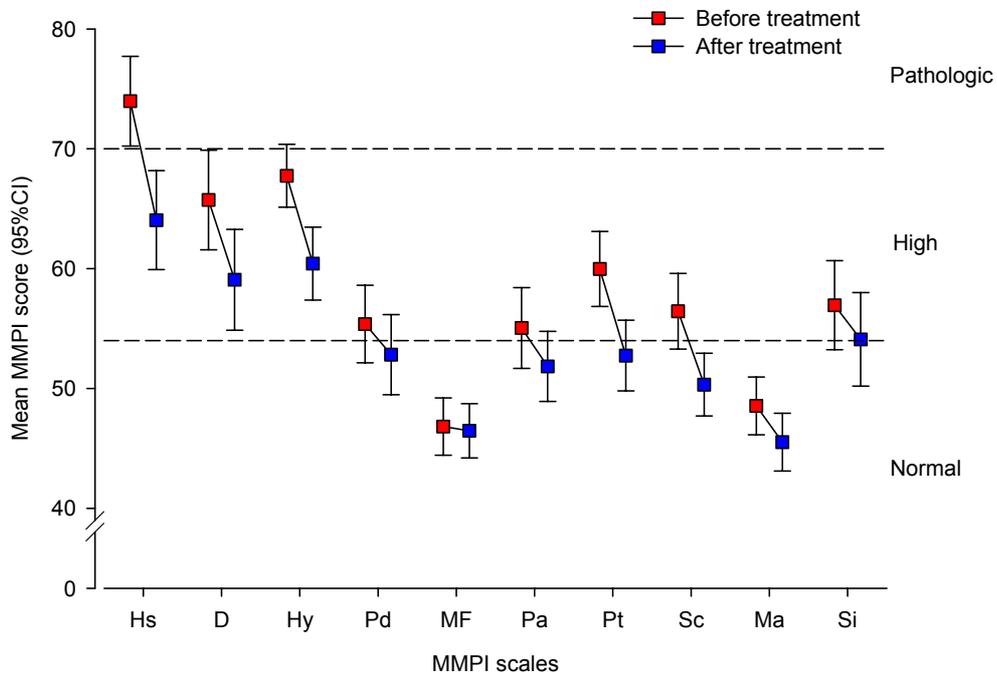


Note: White line represents mean; black line represents median and percentiles.

Abbreviations: MMPI, Minnesota Multifasic Personality Inventory; Hs, hypochondriasis; D, depression; Hy, hysteria; Pd, psychopathic deviate; MF, masculinity-femininity; Pa, paranoia; Pt, psychasthenia; Sc, schizophrenia; Ma, hypomania; Si, social introversion.

* Independent samples t test comparing means between asymptomatic patients and controls; $p < 0.05$

Figure 3. MMPI scores in panic patients before and after treatment.



Abbreviations: MMPI, Minnesota Multifasic Personality Inventory; Hs, hypocondriasis; D, depression; Hy, hysteria; Pd, psychopathic deviate; MF, masculinity-femininity; Pa, paranoia; Pt, pychasthenia; Sc, schizophrenia; Ma, hypomania; Si, social introversion.

7.4 Padrão Neurótico de Personalidade em Pacientes com Transtorno do Pânico – Antes e Depois do Tratamento*

Letícia Kipper, M.D.¹., Cláudia Wachleski¹, Giovanni Abrahão Salum¹, Elizeth Heldt R.N., PhD¹, Carolina Blaya, M.D¹, Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Programa de Transtornos de Ansiedade, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

* Artigo submetido: Journal of Personality Disorders. Fator de impacto: 1.308.

RESUMO

Os transtornos de personalidade podem contribuir para a cronicidade do transtorno do pânico (TP). Existem poucos dados estudando pacientes durante a fase assintomática do TP. Este estudo teve por objetivo avaliar os padrões de personalidade de pacientes com pânico, antes e após o tratamento, comparados a controles. Quarenta e sete pacientes com TP e quarenta controles foram incluídos no estudo, avaliados por meio dos seguintes instrumentos: *Mini International Neuropsychiatric Interview*, Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade, *Personality Diagnostic Interview* (versão para o DSM – IV), Impressão Clínica Global, Inventário do Pânico e Escala Hamilton-Ansiedade. Os pacientes foram tratados com sertralina por 16 semanas e apresentaram maiores escores de personalidade da tríade neurótica, psicastenia e traços evitativos comparados aos controles. Após o tratamento, foi constatada uma redução de pequena magnitude nos escores do MMPI nos pacientes assintomáticos, mas nenhuma das escalas do PDQ-IV mudou. Os pacientes com pânico apresentam um padrão particular de personalidade neurótico e ansioso que pode ser influenciado por sintomas agudos, porém o padrão mais evidente de personalidade permanece na fase assintomática e pode ser foco de pesquisa.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico (TP) apresenta um curso recorrente e crônico, e uma alta taxa de pacientes apresentam remissão parcial e recaídas após anos de tratamento (Carpiniello et al., 2002; Andersch & Hetta, 2003). A comorbidade do TP com Transtornos de Personalidade tem recebido atenção como um fator que pode contribuir para a cronicidade e dificuldade em tratar alguns pacientes com TP (Pollack & Smoller, 1995).

Estudos descreveram que as taxas desta comorbidade variam de 30 a 69%, e esta considerável variação é provavelmente devida a diferentes metodologias empregadas e às diferenças entre as amostras avaliadas nos estudos (Dammen et al., 2000; Latas et al., 2000; Marchesi et al., 2005; Albert et al., 2006; Marchesi et al., 2006). Grant et al. (2005) estudaram pacientes com pânico com agorafobia, que procuraram tratamento, constatando que a prevalência de pelo menos um transtorno de personalidade pode alcançar um nível tão alto quanto 75%. Por outro lado, Dyck et al. (2001) não encontraram esta associação, o que é inconsistente com os estudos anteriores. Alguns autores descreveram como preditores de transtorno de personalidade em pacientes com pânico: a superproteção parental na infância, a duração do TP, a associação com depressão e história de abuso de álcool ao longo da vida (Latas et al., 2000). Além disso, uma maior frequência de comorbidade de eixo II foi encontrada no TP de início precoce (Iketani et al, 2004) e alguns autores têm observado que pacientes com esta comorbidade possuem maior gravidade, sintomas agorafóbicos e níveis menores de funcionamento (Ozkan & Altindag, 2005). Os transtornos de

personalidade mais comuns descritos em pacientes com pânico sintomáticos são: dependente, evitativo, histriônico, obsessivo-compulsivo, borderline e paranóide (Hoffart & Hedley, 1997; Ampollini et al., 1999; Dammen et al., 2000; Grant et al., 2005). Alguns estudos têm descrito uma prevalência maior de transtornos de personalidade do grupo C (ansioso) em pacientes apresentando sintomatologia ansiosa aguda (Ampollini et al., 1999; Dammen et al., 2000). Entretanto, existem poucos estudos no estágio assintomático do transtorno (Hoffart & Hedley, 1997), tornando difícil avaliar quais características de personalidade encontradas nos estudos são primárias e inerentes à personalidade do indivíduo e quais podem ser conseqüentes a uma reorganização do seu funcionamento devido aos sintomas do TP.

A influência da personalidade em psicopatologia tem sido amplamente debatida, com estudos mostrando resultados controversos. O impacto dos traços de personalidade no risco para TP e no seu tratamento, bem como a estabilidade do diagnóstico de personalidade são ainda temas de discussões (Mennin & Heimberg, 2000; Johnson et al., 2006). Traços e transtornos de personalidade são, por definição, um padrão de comportamento altamente estável. Ainda assim, nos últimos anos, alguns autores têm questionado esta estabilidade e a possibilidade de que as características da personalidade possam ser influenciadas por sintomas agudos e pela passagem do tempo (Seivewright et al., 2002; Rocca et al., 2006).

Considerando a alta freqüência de comorbidade do TP e do transtorno de personalidade e o fato de que ambos tendem a ter um curso crônico, o possível impacto clínico desta associação torna-se importante. Também, a maneira pela

qual os traços de personalidade podem estar relacionados ao TP precisa ser estudado, uma vez que a personalidade pode ser vista como um fator de vulnerabilidade/predisposição para transtornos de eixo I; como consequência de um transtorno de eixo I de longo duração ou de início precoce; como compondo um espectro com a ansiedade, compartilhando uma etiologia genética e/ou ambiental comum; ou como tendo uma etiologia independente, mas como um fator que modifica a sintomatologia de eixo I e/ou seja modificada por sintomas agudos (Ozkan & Altindag, 2005; Brandes & Bienvenu, 2006; Hettema et al., 2006; Johnson et al., 2006).

O objetivo do presente estudo exploratório foi avaliar os traços de personalidade utilizados por pacientes adultos com TP, antes e depois do tratamento farmacológico, comparados a um grupo controle, bem como determinar sua associação com a gravidade do TP e suas implicações nos resultados de tratamento agudo.

MÉTODOS

Participantes

O estudo foi realizado com pacientes que procuraram atendimento no Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil, ou que foram diretamente selecionados para a pesquisa. Através de amostragem consecutiva, foram incluídos no estudo pacientes acima de 18 anos de idade, que preenchiam critérios diagnósticos do DSM-IV para TP e que apresentavam ansiedade antecipatória e sintomas evitativos, pelo menos dois ataques de pânico no último

mês e não estivessem sob qualquer tratamento (farmacoterapia ou psicoterapia) nos últimos quatro meses. O grupo controle foi constituído por voluntários normais, funcionários do HCPA que não preenchiam critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos de eixo I.

Os pacientes com TP foram selecionados para receber tratamento farmacológico com sertralina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina efetivo no TP (Rapaport et al., 2001). A dose inicial foi de 25mg/d na primeira semana, aumentando até 150mg/d até a remissão sintomática ou ocorrência de efeitos adversos importantes na avaliação clínica. O clonazepam também poderia ser utilizado quando considerado necessário. O tratamento foi realizado durante 16 semanas e os pacientes com TP foram avaliados na linha de base e durante o período de tratamento nas semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16. O grupo controle foi avaliado na linha de base e após 16 semanas.

Não foram incluídos no estudo pacientes apresentando retardo mental, demência ou outra síndrome cerebral orgânica, dependência ao álcool ou outras substâncias, transtornos psicóticos, doença crônica debilitante ou depressão maior moderada a grave (Escala Hamilton ≥ 17). Dois dos indivíduos-controles avaliados foram excluídos pelas escalas de validação do MMPI.

Todos os pacientes e controles assinaram um consentimento informado antes de participar da pesquisa, a qual foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Parte da amostra já foi descrita em estudos anteriores (Kipper et al. 2005; Kipper et al. 2007).

Instrumentos

Os pacientes com TP e o grupo controle foram avaliados por psiquiatras treinados antes de ingressarem no estudo por meio de uma entrevista clínica e do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) – Versão Brasileira 5.0.0 – DSM IV, uma entrevista diagnóstica padronizada e estruturada que avalia os principais transtornos psiquiátricos de eixo I de acordo com os critérios do DSM-IV (Amorim, 2000).

As características de personalidade foram avaliadas utilizando o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (M.M.P.I.) e o *Personality Diagnostic Questionnaire* – versão para o DSM-IV (P.D.Q.- IV)

O M.M.P.I. foi aplicado e analisado por uma psicóloga treinada, em duas entrevistas de cerca de 60 minutos, realizadas antes e após as 16 semanas do tratamento, no caso dos pacientes com TP, e no basal no grupo controle. O M.M.P.I. é um instrumento amplamente utilizado na clínica e na pesquisa, traduzido para o Português através de uma padronização e adaptação Brasileira do inventário. Contém 566 perguntas (do tipo certo ou errado) e classifica 10 escalas clínicas de traços de personalidade: hipocondria (Hs), depressão (D), histeria (Hy), desvio psicopático (Pd), masculinidade – feminilidade (MF), paranóia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc), hipomania (Ma) e introversão – extroversão (Si). Também apresenta quatro escalas de validade – dúvida, mentira, erro e correção/defesas – que avaliam a atitude relacionada ao inventário e determina a validade das escalas clínicas. De acordo com a classificação de Hathaway, os escores do M.M.P.I. foram definidos como patológicos (≥ 70), altos (de 55 a 69) e normais ou baixos (≤ 54). Escores maiores que 70 em qualquer uma das escalas clínicas foram considerados M.M.P.I. global patológico e valores

menores que 70 foram considerados M.M.P.I. global não-patológico. Escores do M.M.P.I. maiores ou menores que 70 em qualquer uma das escalas Hs, D e Hy foram considerados como tríade neurótica patológica ou não patológica, respectivamente (coeficiente de correlação intraclasse = 0.891, $p < 0.001$) (Hathaway & McKinley, 1971; Cunha, 2003).

O PDQ-IV é um questionário auto-aplicado que contém 85 questões (do tipo verdadeiro ou falso), aplicado antes e depois das 16 semanas nos pacientes e no grupo controle. Este instrumento é utilizado no rastreamento de transtornos de personalidade de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV. Avalia 10 transtornos de personalidade do eixo II (paranóide, esquizotípico, esquizóide, histriônico, narcisista, borderline, anti-social, evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo), bem como outros dois (passivo-agressivo e depressivo). Um escore total no PDQ – IV ≥ 30 indica alta probabilidade de transtorno de personalidade. O PDQ-IV possui alta sensibilidade e moderada especificidade para transtornos de personalidade (Hyer et al., 1990; Dammen et al., 2000).

A resposta ao tratamento farmacológico e a gravidade da doença foram determinados pelas seguintes escalas, aplicadas antes e depois do tratamento em pacientes com TP: Inventário do Pânico, Impressão Clínica Global, Escala Hamilton – Ansiedade e Escala Hamilton – Depressão. Estas escalas foram também aplicadas durante o tratamento dos pacientes nas semanas 0, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16. No grupo controle, as escalas Hamilton – Ansiedade e Hamilton – Depressão foram aplicadas na linha de base (inclusão no estudo) e após um período de 16 semanas. O Inventário do Pânico é um instrumento que classifica os ataques de pânico como espontâneos, situacionais, completos ou incompletos.

Também avalia a intensidade dos ataques (medida em uma escala de 0 a 10), duração (minutos) e frequência, e a gravidade da agorafobia e da ansiedade antecipatória (medidas em uma escala de 0 a 10) (Kipper et al., 2005; Heldt et al., 2006; Kipper et al., 2007). Foi utilizada uma versão pânico-específica do CGI (Impressão Clínica Global). O CGI determina a gravidade global do TP, com escores variando entre 1 (normal, sem doença) a 7 (extremamente doente), de acordo com a frequência e a intensidade dos ataques de pânico, nível de ansiedade antecipatória, grau de evitação fóbica e prejuízo no funcionamento (familiar, social e ocupacional) (Guy, 1976). Consistente com estudos anteriores, o critério para a remissão total dos sintomas foi: CGI ≤ 2 e ausência de ataques de pânico no final do tratamento (Pollack et al., 2002; Kipper et al., 2005; Heldt et al., 2006; Kipper et al., 2007).

Os dados demográficos e outros dados clínicos (idade de início, duração do TP, história familiar, doenças clínicas, eventos estressores, história de trauma) foram coletados utilizando uma entrevista clínica estruturada desenvolvida especificamente para este estudo. A comorbidade foi avaliada pelo M.I.N.I. e os mecanismos de defesa foram avaliados pelo DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*) (Bond et al., 1983; Blaya et al., 2007). Estes dados foram descritos em estudo anterior (Kipper et al., 2007).

Análise Estatística

O tamanho da amostra foi baseado em estudo anterior, com um valor alfa de 0,05 e um poder de 80%, resultando em 40 pacientes e 40 controles. Os dados são apresentados como frequência (porcentagem), mediana (amplitude interquartil) e média (desvio padrão). Os testes Kolmogorov-smirnov e Levene

foram utilizados para avaliar a distribuição Gaussiana e a homocedasticidade, respectivamente.

As variáveis clínicas e sócio-demográficas foram analisadas através do teste t para amostras independentes. Variáveis categóricas foram analisadas através dos testes qui-quadrado (com e sem correção de Yates) e teste exato de Fisher. A fim de correlacionar as escalas de personalidade medidas pelo MMPI com os escores do CGI e HAM-A foi utilizada a correlação de Pearson. A comparação entre os escores médios basais dos pacientes e controles e pacientes assintomáticos e controles foi realizada pelo teste t para amostras independentes. A comparação entre pacientes antes e após o tratamento foi realizada através do teste t para amostras pareadas. A percentagem de pacientes com ou sem MMPI global patológico e tríade neurótica patológica antes e depois do tratamento foi analisada pelo teste de McNemar. Quando suposições simétricas foram quebradas, testes não-paramétricos foram utilizados. A fim de avaliar preditores de resposta, uma análise bi-variada foi feita com todas as escalas do MMPI e PDQ independentemente. As variáveis que foram significativamente associadas ao resultado foram controladas por outras variáveis, que significativamente foram preditores de remissão à sertralina, descritos previamente. (Kipper et al, 2007). Para analisar as diferenças nos escores basais do MMPI entre pacientes e controles, entre pacientes assintomáticos depois do tratamento e controles, bem como entre pacientes antes e após tratamento psicofarmacológico, somente os pacientes que completaram o estudo (n=40) foram incluídos na análise dos dados. Para analisar os preditores de resposta à sertralina, todos os 47 pacientes que entraram no estudo foram incluídos em uma

análise *intent-to-treat* utilizando *last observation carried forward*. Em relação à análise do PDQ entre pacientes antes e depois do tratamento, 33 pacientes foram avaliados e somente as escalas válidas, de acordo com o critério de validade desta escala, foram incluídas (avaliação na linha de base: 24 controles e 33 pacientes; avaliação final: 21 e 18, respectivamente). Toda a análise estatística foi realizada com o SPSS 14.0, e foram utilizados $\alpha=0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Dados Clínicos e Demográficos

Quarenta e sete pacientes com TP e quarenta controles foram incluídos no estudo. Dos 47 pacientes, 6 interromperam o tratamento antes da décima sexta semana (2 por efeitos adversos, 1 gravidez e 3 pacientes por não-adesão) e 1 paciente não completou todos os testes finais. Não foi constatada diferença estatisticamente significativa nas variáveis demográficas e clínicas na linha de base entre pacientes que concluíram e não concluíram o estudo (valores $p > 0,05$). Considerando as escalas de personalidade do MMPI na linha de base, houve diferença estatisticamente significativa em: masculinidade/feminilidade, $47,1 \pm 7,57$ vs. $54,8 \pm 11,77$, $p=0,035$; psicastenia $59,8 \pm 9,71$ vs. $69,3 \pm 10,42$, $p=0,032$; esquizofrenia, $56,3 \pm 9,7$ vs. $65,3 \pm 12,94$, $p=0,049$, média \pm DP, entre pacientes que concluíram e que não concluíram o estudo, respectivamente.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre pacientes e controles considerando dados demográficos; história de trauma antes dos 18 anos, 12 (30%) vs. 13 (32,5%) $p>0,999$; doença clínica, 11 (27,5%) vs. 8 (20%)

$p=0,599$; e eventos estressores no ano anterior, 23 (57,5%) vs. 14 (35%) $p=0,073$, respectivamente. A frequência de história familiar de doença psiquiátrica foi maior nos pacientes do que no grupo controle, 35 (87,5%) vs. 24 (60%) $p=0,011$, respectivamente. Entre os pacientes que apresentaram eventos estressores no ano anterior (23), 15 (56,5%) relacionaram este evento ao início do TP. Entre os pacientes, 43 apresentaram agorafobia, 19 tinham comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada, 12 com depressão leve, 4 fobia social, 2 distímia e 1 transtorno obsessivo - compulsivo, de acordo com o M.I.N.I.

A gravidade dos pacientes variou de moderada à grave (CGI basal= $4,4 \pm 0,87$), os escores da intensidade da agorafobia foram $6,9 \pm 2,82$ (em uma escala de 0 a 10) e da ansiedade antecipatória de $8,2 \pm 2,60$ (em uma escala de 0 a 10). As escalas HAM-A e HAM-D apresentaram as seguintes médias \pm DP, respectivamente: $25,5 \pm 5,68$ e $11 \pm 3,48$. Vinte e seis pacientes (65%) alcançaram remissão total no final do período de 16 semanas de tratamento.

Personalidade e Gravidade em pacientes com TP

Quatro escalas do MMPI apresentaram uma correlação significativa com a escala de gravidade CGI na linha de base: D ($r=0,436$; $p=0,005$); Pa ($r=0,431$; $p=0,006$); Pt ($r=0,433$; $p=0,005$) e Sc ($r=0,363$; $p=0,021$).

Personalidade e Sintomas de Ansiedade

Nove das escalas do MMPI apresentaram correlações positivas significativas com os valores da linha de base de HAM-A em pacientes e controles: Hs ($r=0,768$; $p<0,001$), D ($r=0,666$; $p<0,001$), Hy ($r=0,702$; $p<0,001$), Pd

($r=0,368$; $p=0,001$), Pa ($r=0,521$; $p<0,001$), Pt ($r=0,752$; $p<0,001$), Sc ($r=0,649$; $p<0,001$); Ma ($r=0,275$; $p=0,014$) e Si ($r=0,548$; $p<0,001$).

Personalidade e Estilo Defensivo

Considerando pacientes e controles, somente a escala Ma ($r=0,433$; $p<0,001$) correlacionou-se de forma direta aos mecanismos de defesa maduros. As defesas neuróticas correlacionaram-se diretamente com: D ($r=0,294$; $p=0,008$); Pa ($r=0,227$; $p=0,043$); Pt ($r=0,342$; $p=0,002$); Sc ($r=0,384$; $p<0,001$); Ma ($r=0,362$; $p=0,001$) e Si ($r=0,311$; $p=0,005$). As defesas imaturas correlacionaram-se diretamente com: Hs ($r=0,287$; $p=0,010$); D ($r=0,358$; $p=0,001$); Pa ($r=0,368$; $p=0,001$); Pt ($r=0,402$; $p<0,001$); Sc ($r=0,434$; $p<0,001$); Ma ($r=0,396$; $p<0,001$) e Si ($r=0,432$; $p<0,001$).

Comparação de Personalidade entre pacientes com TP e controles

Na linha de base

Comparando as médias das 10 escalas clínicas do MMPI dos pacientes com TP ($n=40$) com o grupo controle ($n=40$), observou-se que os pacientes são diferentes do grupo controle em 9 das 10 escalas, apresentando médias significativamente maiores nos escores do MMPI em: Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc e Si ($p<0,001$), com exceção da escala Ma em que não houve diferença ($p=0,059$). Na escala MF, os controles apresentaram médias maiores do que os pacientes ($p=0,014$). (Figura 1) Considerando a tríade neurótica, verificou-se que 32 pacientes (80%) apresentaram escores patológicos desta tríade, enquanto somente 1 indivíduo-controle (2,5%) obteve escores desta tríade ≥ 70 ($p<0,001$).

Analisando o MMPI global, 34 pacientes (85%) apresentaram pelo menos algum escore patológico, enquanto somente 2 indivíduos-controles (5%) apresentaram pelo menos um escore patológico ($p < 0,001$).

Nas escalas do PDQ-IV, 3 escalas mostraram uma frequência maior de transtorno de personalidade em pacientes comparados aos controles: paranóide, OR=7,9 (IC95% 1,5 a 40,3), $p=0,01$; evitativo, OR=14 (IC95% 2,7 a 71,6), $p < 0,001$; e dependente OR=2,1 (IC95% 1,5 a 2,9), $p=0,012$. Comparando a presença de qualquer transtorno de personalidade entre pacientes e controles, constatou-se que pacientes tiveram uma chance maior de apresentar um ou mais transtornos de personalidade comparado aos controles, OR=7,2 (IC95% 2 a 25,7), $p=0,003$.

Em pacientes assintomáticos

As diferenças entre as médias de cada escore das escalas do MMPI entre controles e pacientes assintomáticos são mostradas na figura 2. Pacientes em remissão apresentaram escores maiores nas escalas Hs, D, Hy (tríade neurótica), e Pt comparados ao grupo controle. Comparando o MMPI global dos controles e o MMPI global final de pacientes que atingiram remissão, observou-se que 2 controles (5%) vs. 7 (26,9%) dos 26 pacientes em remissão apresentaram traços de personalidade patológica ($p < 0,001$). Considerando a tríade neurótica, foi observado que 1 (2,5%) controle vs. 6 (23,1%) pacientes em remissão ($p < 0,001$) apresentaram escores patológicos.

Nos escores do PDQ-IV dos pacientes em remissão, encontrou-se uma frequência maior de transtorno de personalidade evitativa comparada ao grupo controle, OR =10,4 (IC95% 2 a 53,5), $p=0,025$.

Comparação de Personalidade em pacientes com TP antes e depois do tratamento (n=40)

Analisando o MMPI global pré e pós-tratamento, observou-se que todos os 6 pacientes (25%) que não apresentavam o MMPI global patológico na linha de base permaneceram no grupo sem traços de personalidade patológica na reaplicação do teste após 4 meses de tratamento, enquanto que dos 34 pacientes (85%) que apresentavam MMPI global patológico na linha de base, 16 (47,1%) permaneceram com MMPI patológico e 18 (52,9%) apresentaram MMPI global não-patológico no final dos 4 meses ($p<0,001$). Entretanto, destes 18 pacientes, 17 (94,4%) permaneceram no nível de escores altos de personalidade no MMPI. Considerando a tríade neurótica, foi observado que dos 32 pacientes (80%) que apresentavam níveis patológicos na linha de base, 12 (37,5%) continuaram a apresentar o mesmo nível no final do tratamento e 20 (62,5%) não ($p<0,001$). Entretanto, destes 20 pacientes, 17 (85%) permaneceram com a tríade no nível alto. A diferença encontrada entre pacientes antes e depois do tratamento em termos de escores médios de cada escala do MMPI é apresentada na figura 3.

Em uma análise quantitativa do MMPI, observou-se que 8 das 10 escalas clínicas apresentaram uma redução significativa nos valores após os 4 meses de tratamento farmacológico. Entretanto, a diferença observada nas médias apresenta uma magnitude pequena na maioria das escalas. Mesmo considerando

as escalas onde as maiores diferenças entre as médias pré e pós-tratamento foram encontradas, dividindo os escores T em patológico, alto e normal, as escalas depressão e histeria permaneceram na classe de traços altos de personalidade no MMPI; a escala hipocondria modificou-se de patológica para alta e a escala psicastenia de alta para normal, sendo que todas permaneceram diferentes do grupo controle. Duas das escalas (desvio psicopático e masculinidade/feminilidade) não apresentaram mudanças significativas.

Nenhuma das escalas do PDQ-IV mudou significativamente após o tratamento farmacológico nas amostras de pacientes e controles.

Personalidade e Resposta Aguda ao Tratamento

As escalas do MMPI foram também analisadas como preditoras de remissão ao tratamento farmacológico agudo. Em uma análise bi-variada, 3 escalas do MMPI foram preditoras de pior resultado: paranóia (OR=14; IC95% 1,5 a 129,2; $p=0,009$), psicastenia (OR=28; IC95% 3,1 a 252,3; $p<0,001$) e esquizofrenia (OR=8,6; IC95% 1,5 a 48; $p=0,014$). No entanto, controlando cada variável para os preditores já conhecidos, em uma análise multivariada, com idade de início, CGI basal e defesas imaturas (Kipper et al., 2007), nenhuma das 3 escalas do MMPI permaneceu como preditora significativa de resposta.

Dois dos transtornos de personalidade do PDQ-IV foram preditores de pior resultado: paranóide (OR=6,8 IC95% 1,4 a 31,9; $p=0,016$) e obsessivo-compulsiva (OR=7,8 IC95% 1,6 a 38,8 $p=0,012$). Entretanto, após controlado pelos outros preditores conhecidos, este efeito não permaneceu independente.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou, em uma amostra de pacientes brasileiros com pânico e baixas taxas de comorbidades psiquiátricas maiores, um padrão de personalidade caracterizado por taxas maiores de traços de personalidade patológicos, diferente daquele encontrado no grupo controle. O mais importante, contudo, é que os traços mais altos e patológicos descritos foram do tipo ansioso e neurótico. Também foi observado que, após o tratamento farmacológico, pacientes com TP assintomáticos mantiveram-se com um padrão de personalidade diferente, comparados ao grupo controle, nas características de personalidade ansiosa e neurótica. Os pacientes apresentaram maiores traços de personalidade da tríade neurótica (hipocondria, depressão, histeria), de psicastenia, e de transtorno de personalidade evitativa, levando à hipótese de que estes pacientes ansiosos possam apresentar um padrão de personalidade mais regressivo e maladaptativo do que indivíduos sem TP. Estes dados corroboram achados anteriores de maiores taxas de estilos defensivos maladaptativos nestes pacientes, bem como a presença de neuroticismo (Kipper et al. 2005; Hettema et al., 2006).

Além disso, foi constatada uma diminuição significativa em algumas características de personalidade após o tratamento farmacológico em pacientes com TP, enquanto outras permaneceram estáveis. Entretanto, a maioria das mudanças observadas, mesmo que com significância estatística, indica somente uma significância clínica menor. Em nossa amostra, parece que a ansiedade exacerbou traços de personalidade altos ou patológicos já existentes.

Com base nestes dados, é possível inferir que estes pacientes apresentam um padrão neurótico de personalidade (hipocondria, depressão, histeria, psicastenia e evitativo) que pode ser reforçado por sintomas agudos, mas que permanece presente na sua ausência. Nossos dados mostraram que é possível que pacientes possam ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtorno de ansiedade ou a uma maior dificuldade em lidar com eventos de vida. Em nossa amostra, embora não tenha havido diferença na frequência de eventos estressores no ano anterior entre pacientes e controles, mais de 50% dos pacientes relacionaram os estressores ao início do TP, sugerindo uma dificuldade em lidar com estes. Isso está de acordo com estudos que mostram uma vulnerabilidade psicológica prévia ao início do TP (Manfro et al., 1996) e com um recente estudo longitudinal prospectivo que mostrou que um transtorno de personalidade na idade de adulto jovem aumenta o risco para transtorno do pânico na idade adulta média (Rocca et al., 2006).

A avaliação de transtorno de personalidade em pacientes com TP agudo é difícil devido a possível influência que a ansiedade possa ter no relato dos traços de personalidade. A influência é evidenciada na mudança dos escores de personalidade antes e depois do tratamento, o que está de acordo com outros estudos prévios (Hoffart & Hedley, 1997). Entretanto, esta influência foi parcial, dado que na maioria dos pacientes que apresentaram escores anormais em níveis altos ou patológicos estes não se modificaram para traços normais de personalidade após o tratamento. Reich e Troughton (1988) constataram que, após o ajuste para outras variáveis, nenhum efeito do estado de ansiedade foi encontrado em suas medidas de personalidade, enquanto o estado de depressão

as afetou significativamente. Marchesi et al. (2005) mostrou que a melhora dos sintomas do TP estava relacionada a uma normalização de traços paranóides e a redução, mas persistência, de traços dependentes e evitativos. A divisão categórica entre traço e estado ou entre critérios diagnósticos de Eixo I e II pode ser ultrapassada e pode ser considerada na verdade um espectro que compartilha uma origem comum com sintomas e características que se sobrepõem.

Em relação à possível influência do transtorno de personalidade nos resultados do tratamento do TP, nosso estudo não encontrou traços patológicos como preditores de pior resposta aguda, após o controle para outros fatores preditores, embora os pacientes psicastênicos tenham apresentado um alto risco de não atingir remissão (OR=28). É possível considerar que o período de observação do estudo possa ter sido curto para medir esta influência. Alguns estudos sugerem que os resultados de tratamentos agudos não parecem ser afetados por transtornos de personalidade, diferente do impacto negativo no resultado em longo prazo (Slaap & den Boer, 2001). Pode ser sugerido, portanto, que seria mais adequado avaliar um período de seguimento mais longo e o impacto clínico destas comorbidades não somente através da remissão sintomática, mas também através de outros aspectos de relevância clínica e morbidade como, por exemplo: se estes pacientes se mantêm em um período de tratamento mais longo, se são pacientes que estão mais predispostos a recaídas e se possuem funcionamento ocupacional ou social piores.

Uma das limitações do presente estudo é que o seu delineamento do estudo não permite concluir se estes traços são realmente anteriores ao início do TP. Além disso, o grupo controle selecionado pode não ser representativo da

população, e o tamanho pequeno da amostra, bem como os instrumentos utilizados para medir personalidade, podem trazer limitações. Alguns autores acreditam que o uso de instrumentos de auto-relato leva a maiores taxas de transtornos de personalidade e também pode influenciar na avaliação do efeito no resultado do tratamento (Slaap & den Boer, 2001; Marchesi et al., 2006).

Finalmente, com base nos dados, podemos sugerir que, mesmo que influenciado por sintomas agudos do pânico, o padrão de personalidade pode ser avaliado nestes pacientes, uma vez que os traços mais marcantes permanecem após atingir remissão.

Devido a cronicidade do TP é importante estudar fatores que possam estar associados com maior morbidade, a fim de desenvolver estratégias de tratamento mais efetivas. Se alguns traços de personalidade permanecem estáveis após a remissão, estes podem estar associados a futuras recaídas. Desta maneira, estudos adicionais de seguimento em longo prazo são necessários para avaliar a remissão e sua associação com os transtornos de personalidade. Além disso, a sobreposição nas características de alguns transtornos de ansiedade no eixo I e transtorno de personalidade no eixo II pode ser de relevância clínica ao diagnóstico e tratamento dos pacientes e deve ser avaliado em novos estudos.

REFERÊNCIAS

Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F (2006). Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic. *Depression and Anxiety* 23(7): 422-28.

Amorim P (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(3): 106-15.

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S et al. (1999). Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders* 52(1-3): 203-07.

Andersch S, Hetta J (2003). A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *European Psychiatry* 18: 401-8.

Blaya C, Dornelles M, Kipper L, Heldt E, Bond M, Manfro GG et al. (2007). Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* 17(3): 261-272.

Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 40:333-338.

Brandes M, Bienvenu OJ (2006). Personality and anxiety disorders. *Current Psychiatry Report* 8(4): 263-69.

Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. (2002). Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *European Psychiatry* 17: 394-98.

Cunha, J A. *Psicodiagnóstico-V* (2003). MMPI. 5. Ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, MMPI p.439-506.

Dammen T, Ekeberg O, Arnesen H, Friis S (2000). Personality profiles in patients referred for chest pain. Investigation with emphasis on panic disorder patients. *Psychosomatics* 41(3): 269-76.

Dyck IR, Philips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL et al. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders* 15(1): 60-71.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, Huang B et al. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatry Research* 39(1): 1-9.

Guy W (1976). CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (Rev. Ed. Rockville, MD) p. 217-22.

Hathaway SR, McKinley JC (1971). Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI). Manual de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: CEPA.

Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW (2006). One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behaviour Research Therapy* 44(3): 657-65.

Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry* 163: 857-864.

Hoffart A, Hedley LM (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorder* 11 (1): 77-87.

Hyer SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L (1990). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: comparison with two structures interview. *American Journal of Psychiatry* 147(8): 1043-48.

Iketani T, Kiriike N, Stein MB, Nagao K, Minamikawa N, Fukuhara H et al. (2004). Patterns of axis II comorbidity in early-onset versus late-onset panic disorder in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 45(2): 114-20.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS (2006). Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 20: 408-426.

Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 193(9): 619-24

Kipper L, Blaya C, Wachleski C, Dornelles M, Salum GA, Heldt E, Manfro GG (2007). Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *European Psychiatry* 22(2): 87-91.

Latas M, Starcevic V, Trajkovic G, Bogojevic G (2000). Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry* 41(1): 28-34.

Manfro GG, Otto M, Mc Ardle ET, Worthington III JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH (1996). Relationship of Precipitant Life Events and Childhood History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders* 41:135-9.

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C (2005). The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. *Journal of Affective Disorders* 89: 189-194.

Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C (2006). Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: a 1-year naturalistic study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 30(7): 1240-45.

Mennin DS, Heimberg RG (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review* 20(3): 339-57.

Ozkan M, Altindag A (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry* 46: 20-26.

Pollack MH, Smoller JW (1995). The Longitudinal Course and Outcome of Panic Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 18 (4): 785-801.

Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM (2002). Early improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *Journal of Psychiatry Research* 36: 229-36

Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY (2001). Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 289-98.

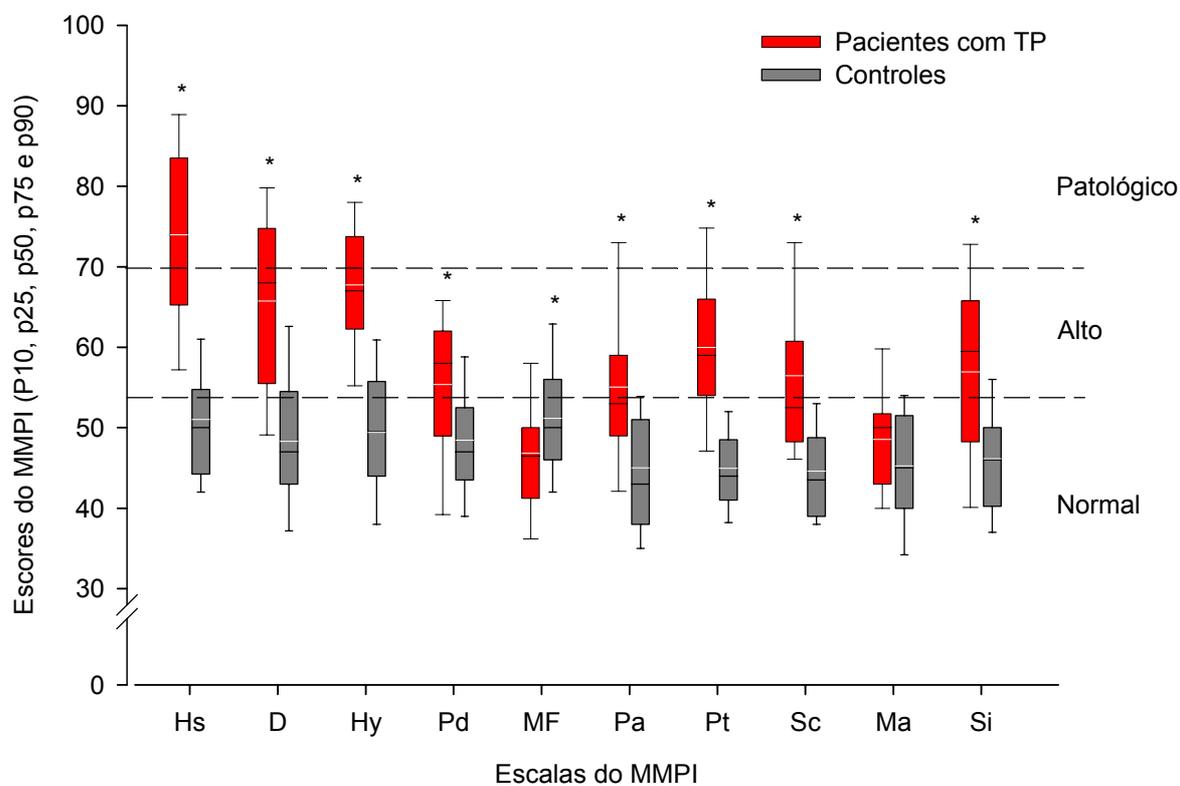
Reich J, Troughton E (1988). Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects. *Psychiatry Research* 26: 89-100.

Rocca WA, Grossardt BR, Peterson BJ, Bower JH, Trenerry MR, Ahlskog JE et al. (2006). The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging: Design and Sampling, Reliability and Validity of Instruments, and Baseline Description. *Neuroepidemiology* 26: 119-129.

Seivewright H, Tyrer P, Johnson T (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet* 359: 2253- 54.

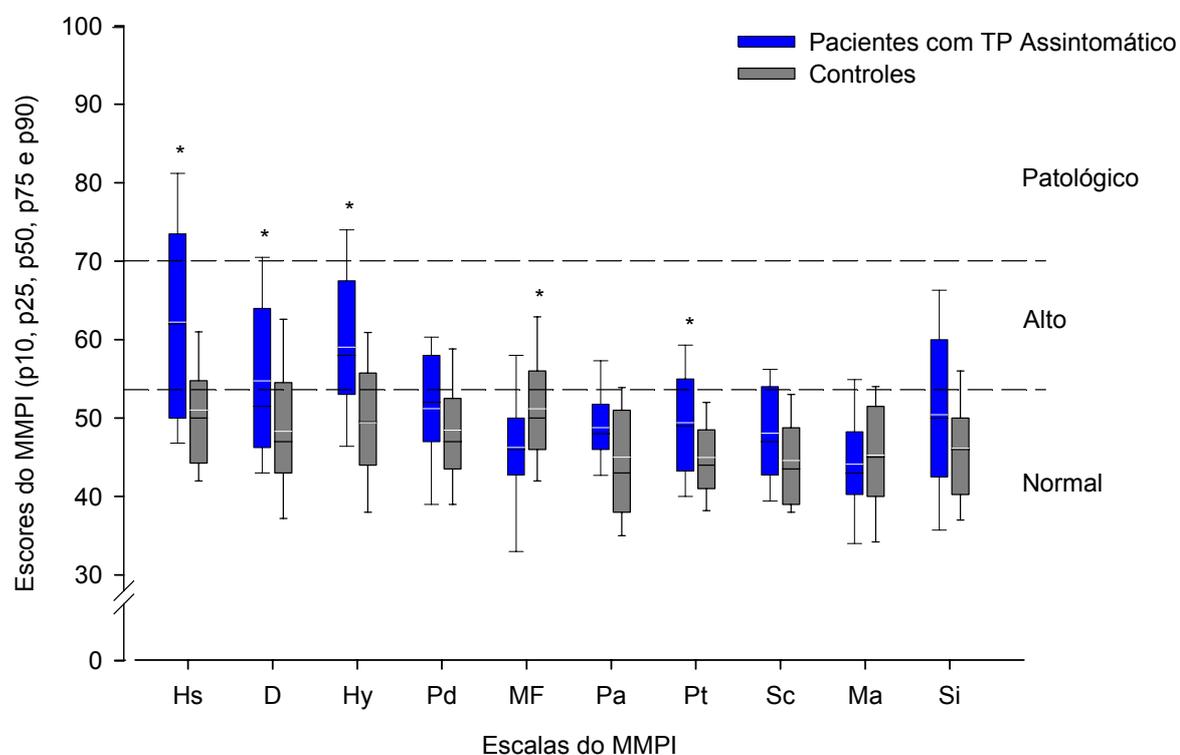
Slaap BR, den Boer JA (2001). The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depression and Anxiety* 14(2): 112-22.

Figura 1 - Escores doMMPI entre pacientes com TP e controles na linha de base



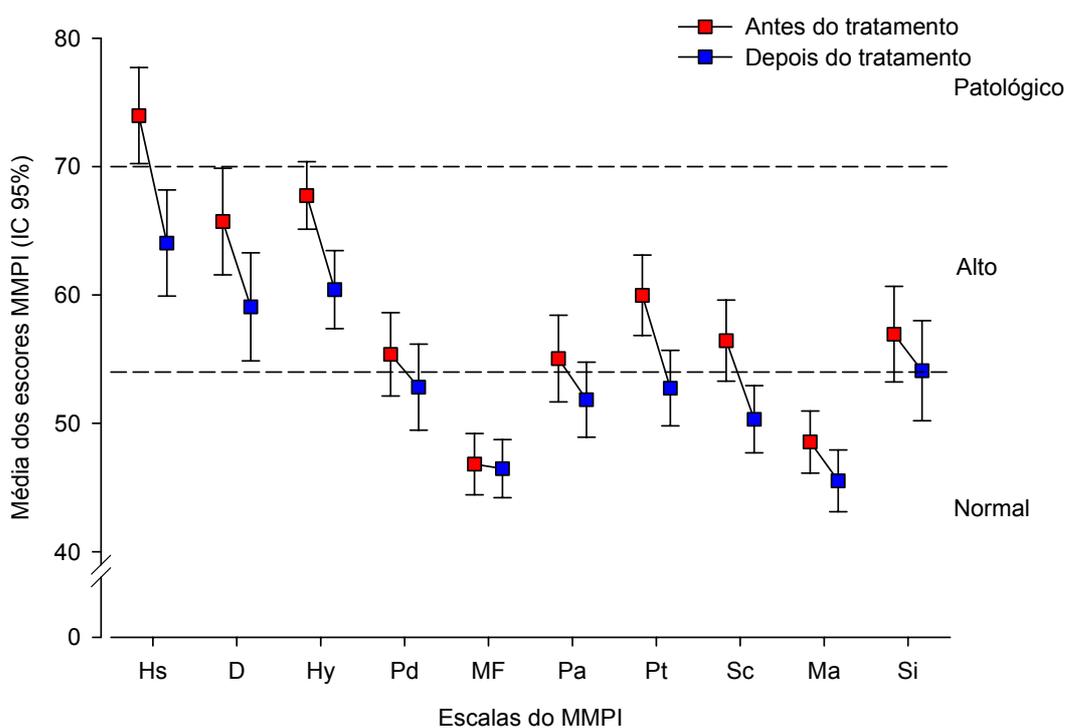
Nota: Linha branca representa média; linha preta representa mediana; extremos da caixa representam os percentis. MMPI, Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade; Hs, hipocondria; D, depressão; Hy, histeria; Pd, desvio psicopático; MF, masculinidade-feminilidade; Pa, paranóia; Pt, psicastenia; Sc, esquizofrenia; Ma, hipomania; Si, introversão-extroversão. * Teste t para amostras independentes comparando médias entre pacientes e controles; $p < 0,05$.

Figura 2 - Escores do MMPI entre pacientes com TP Assintomático e Controles



Nota: Linha branca representa média; linha preta representa mediana; extremos da caixa representam os percentis. MMPI, Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade; Hs, hipocondria; D, depressão; Hy, histeria; Pd, desvio psicopático; MF, masculinidade-feminilidade; Pa, paranóia; Pt, psicastenia; Sc, esquizofrenia; Ma, hipomania; Si, introversão-extroversão. * Teste t para amostras independentes comparando médias entre pacientes com TP assintomático e controles; $p < 0,05$.

Figura 3. Escores do MMPI em pacientes com TP antes e depois do tratamento.



Abreviações: MMPI, Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade; Hs, hipocondria; D, depressão; Hy, histeria; Pd, desvio psicopático; MF, masculinidade-feminilidade; Pa, paranóia; Pt, psicastenia; Sc, esquizofrenia; Ma, hipomania; Si, introversão-extroversão.

7.5 The impact of personality traits on remission of panic disorder: a 2-year
naturalistic follow-up

Versão em inglês

7.6 O impacto dos traços de personalidade na remissão do transtorno do
pânico: um estudo de seguimento naturalístico de 2 anos

Versão em português

7.5 The impact of personality traits on remission of panic disorder: a 2-year naturalistic follow-up*

Letícia Kipper, M.D.,¹ Giovanni Abrahão Salum,¹ Cláudia Wachleski,¹ Elizeth Heldt R.N., PhD,¹ Carolina Blaya, M.D.,¹ Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹

¹ Post-Graduate Program in Medical Science: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Anxiety Disorder Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

Gisele Gus Manfro (corresponding author), MD, PhD

e-mail: gmanfro@portoweb.com.br

Postal address: Luis Manoel Gonzaga 630/11 CEP: 90470-280 – Porto Alegre, RS, Brazil

Telephone and fax numbers: 55 51 33309272 or 55 51 33289234

Short title: Personality and long-term follow-up in panic

Keywords: panic disorder, long-term, personality, sertraline, course.

*Artigo submetido: Depression and Anxiety. Fator de impacto: 2,549.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objectives of this naturalistic study were to evaluate the symptoms in panic disorders (PD) patients two years after they received pharmacological treatment and also verify if personality was associated with remission. **METHOD:** A 2-year naturalistic study was performed with PD patients who had participated in an open trial with sertraline. Patients were reevaluated two years after the 4-month intervention period. Patients were assessed with the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.), and the Temperament and Character Inventory (TCI). The symptomatic status and the severity were determined through Panic Inventory, Clinical Global Impression and Hamilton Scale – Anxiety. **RESULTS:** Patients improved in the 4-month and in the 2-year follow-up as compared to baseline scores. However, 37% showed no remission in the 2-year evaluation and 74% of the patients remained in treatment. Higher scores on the introversion-extraversion and in the novelty seeking scale were significantly associated with a higher chance to remain in treatment. Use of neurotic defenses and the temperament novelty seeking and harm avoidance were associated with poorer outcome in the 2-year follow-up, while the character trait of self-directedness was higher in patients who remitted. **CONCLUSION:** PD has good acute response after pharmacological treatment, and chronicity might be related to more persistent aspects of the patient's personality and functioning.

INTRODUCTION

Panic Disorder (PD) is considered a chronic disorder because patients might present relapses, partial remission or nonremission after years of treatment. Follow-up studies suggest that only 30% of patients become asymptomatic after 6 to 10 years of treatment, while 40 to 50% improve but remain symptomatic, and 20 to 30% show no changes or get even worse as compared to the baseline scores (APA, 1994; Pollack et al. 1990; Faravelli et al., 1995; Starcevic and Uhlenhuth, 1998; Pollack and Marzol, 2000; Carpiniello et al., 2002). A 15-year follow-up study corroborated these data and described that only 18% of PD patients achieved complete remission, 13% were better but still on medication, 51% had recurrent panic attacks, and 18% still met diagnostic criteria for PD (Andersch and Hetta, 2003). A very recent and longer follow-up study, with a mean length from treatment onset of 47 years, also showed that PD tends to be chronic and that after several decades, patients improve in relation to the number of panic attacks but most continue with residual symptoms (Rubio and Lopez-Ibor, 2007). Due to these nonremission rates, it is important to study the factors that might be associated with chronicity in order to investigate more effective treatment strategies (Starcevic and Uhlenhuth, 1998).

Several factors have been associated with PD worse morbidity and outcome, such as severity, agoraphobia, comorbidity with other anxiety, depression and substance abuse disorders, duration of illness, unemployment, recent visits to emergency rooms, low socioeconomic status, medical comorbidities, psychodynamic factors, and childhood anxiety disorders (Pollack et al., 1990; Pollack and Smoller, 1995; Marshall, 1996; Lecrubier, 1998; Starcevic

and Uhlenhuth, 1998; Pollack et al., 2000; Slaap and den Boer, 2001; Roy-Byrne et al., 2003; Heldt et al., 2006; Marchesi et al., 2006).

Personality disorder (PersD) has also been considered a predictor of chronicity (Pollack and Smoller, 1995). Some studies found a deleterious influence in the outcome of standard treatments (Noyes et al., 1990; Pollack et al. 1990; Reich, 1990, 1991; Pollack et al., 1992; Black et al., 1994; Ito et al., 1995; Mennin and Heimberg, 2000; Slaap and den Boer, 2001; Berger et al., 2004), while others showed no influence (Clair et al., 1992; Marchand and Wapler, 1993; Dressen et al., 1994; Dressen et al., 1998; Hofmann et al., 1998; Massion et al., 2002; Reich, 2003). There is paucity of data regarding which PersD would affect the patients with PD. Reich (1988, 1990) found that paranoid, borderline, antisocial, histrionic, and narcissistic traits had negative correlations with global outcome, but that spontaneous attacks were not affected by personality. Hoffart and Hedley (1997) showed that dependent traits at pretreatment were associated with less improvement in a 6-week agoraphobia-focused therapy. In another study, the avoidant personality disorder affected treatment response of PD patients, since their response was poorer and especially slower (Berger et al., 2004). One study found that PD patients who presented specifically borderline personality disorder showed the lowest rates of remission after one year of pharmacotherapy, while the other traits showed no influence (Marchesi et al, 2006).

Most studies considered only acute evaluation of PersD in PD, and there are few long-term follow-up studies regarding this issue. Moreover, we found no Brazilian studies in our search, as well as no naturalistic study after an acute treatment with sertraline.

The objectives of the present naturalistic study were to evaluate PD symptomatology two years after pharmacological treatment and to determine if personality traits are associated with remission in a long-term follow-up.

METHODS

Study Design and Subjects

A 2-year naturalistic longitudinal study was performed with patients who had participated in an open trial with sertraline. These patients were recruited by local media advertisement or clinical referrals to the anxiety disorders outpatient program (PROTAN) of the Psychiatry Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil. The inclusion criteria were: meeting DSM-IV diagnostic criteria for PD, being older than 18 years of age, having anticipatory anxiety and avoidance symptoms, having had at least two panic attacks in the previous month, and being free of psychiatric treatment (pharmacotherapy or psychotherapy) over the previous 4 months. Patients who presented mental retardation, organic brain syndrome, alcohol or other substance dependence, psychotic disorders, disabling chronic disease or moderate to severe major depression (Hamilton depression scale > 17) were excluded. Out of 50 patients who met DSM-IV PD diagnostic criteria, 47 were included in the study. Two PD patients refused participation and one did not meet the inclusion criteria.

All patients signed an informed consent before participating in this research, which was previously approved by the Research Ethics Committee of HCPA. Part of the sample was already described in previous studies that analyzed other outcome predictors (Kipper et al. 2007).

Intervention Period

Patients received pharmacological treatment with sertraline for 4 months, in an open trial, with the initial dose of 25 mg/d in the first week, increasing to up to 150 mg/d according to clinical evaluation, until symptomatic remission or occurrence of important adverse effects. Clonazepam was used when necessary (Pollack and Marzol, 2000; Pollack et al., 2000; Rapaport et al., 2001). During this intervention period, patients were evaluated in the baseline and every two weeks during 4 months.

Observational Period

Patients were reevaluated two years after intervention period with a clinical interview that questioned about: presence of treatment (pharmacological or psychotherapy), PD symptoms (Panic Inventory, Clinical Global Impression and Hamilton Scale – Anxiety), stressor events and Temperament and Character Inventory, described below.

Instruments

Previously to their inclusion in the study, patients were evaluated with a clinical interview and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV, a standardized and structured diagnostic interview that evaluates the main axis I psychiatric disorders according to the DSM-IV criteria, administered by trained psychiatrists (Amorim, 2000).

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) and the Temperament and Character Inventory (TCI) were used to evaluate personality

characteristics. The M.M.P.I. was administered and analyzed by a trained psychologist in two interviews of about 60 minutes, at the baseline. This instrument contains 566 true or false questions and classifies 10 clinical scales of personality: hypochondriasis (Hs), depression (D), hysteria (Hy), psychopathic deviate (Pd), masculinity-femininity (MF), paranoia (Pa), psychasthenia (Pt), schizophrenia (Sc), hypomania (Ma), and introversion-extroversion (Si) (Dahlstrom and Welsh, 1965; Hathaway and McKinley, 1971; Groth-Marnat, 1997; Cunha, 2000). The TCI is a self-report questionnaire that contains true or false 240 questions, and it is divided in temperament factors (novelty seeking, harm avoidance, reward dependence, and persistence) and character factors (self-directedness, cooperativeness and self-transcendence) (Cloninger et al., 1993; Fuentes et al.; Svrakic et al., 2002). It was administered at the 2-year assessment.

Changes in symptom severity were determined through the following scales: Panic Inventory, Clinical Global Impression and Hamilton Scale – Anxiety, administered before, during and after 16 weeks of treatment and readministered two years after the end of treatment. The Panic Inventory is an instrument that classifies panic attacks as spontaneous, situational, complete or incomplete. It also assesses the intensity of the attacks (rated in a scale from 0 to 10), duration (minutes) and frequency, and the severity of agoraphobia and anticipatory anxiety (rated in a scale from 0-none to 10) (Heldt et al., 2003; Kipper et al., 2005, 2007; Heldt et al., 2006, 2006). A panic specific version of the Clinical Global Impression (CGI) was used. The CGI provides a global rating of PD severity with scores ranging from 1 (normal, not ill) to 7 (extremely ill) according to the frequency and intensity of panic attacks, level of anticipatory anxiety, level of phobic avoidance

and role (familial, social or occupational) dysfunction (Guy, 1976). The Hamilton Scale – Depression was used to exclude moderate to severe depression (HAM-D>17).

Demographic and other clinical data (age of onset, PD duration, family history, clinical disease, stressor events, trauma history) were collected using a structured clinical interview designed specifically for the study, comorbidity was evaluated by the M.I.N.I. and defense mechanisms were evaluated by DSQ – 40 (Defense Style Questionnaire) (Bond et al., 1983; Blaya et al., 2007). These data were described in a previous study (Kipper et al., 2007).

Outcome Measures

Consistent with previous studies, the remission criteria used was: CGI \leq 2 and no panic attacks at the end of the treatment (Keller et al., 1994; Pollack et al., 2002; Pollack et al., 2003; Kipper et al., 2005, 2007; Heldt et al., 2006).

Outcome measures in the 2-year follow-up were: 1. remission (CGI \leq 2 and no panic attacks achieved in the 4-month treatment and sustained in the 2-year follow-up period); 2. relapse (CGI \geq 3 or panic attacks after achieving remission in the 4-month treatment); 3. nonremission (CGI \geq 3 or panic attacks after the 4-month treatment sustained in the 2-year follow-up evaluation); 4. late remission (CGI \geq 3 or panic attacks in the 4-month evaluation and, CGI \leq 2 and no panic attacks in the 2-year evaluation). In order to evaluate predictors, all patients who met remission criteria CGI \leq 2 and no panic attacks at the 2-year evaluation were considered remitters.

Statistical Analysis

Data are presented as count (%), mean \pm standard deviation and median (interquartile range). Gaussian distribution and homogeneity of variances were evaluated with Kolmogorov-Smirnov test and Levene's test prior to any statistical analysis. Differences between patients lost to follow-up and found in this evaluation were analyzed by independent samples Student's t test or Welch test (for heterogeneity variances) and Fisher's Exact test. The same tests were used to evaluate clinical predictors of chance of remaining in treatment in the two-year follow-up and personality predictors of remission in the two-year follow-up. Symptom severity outcome measures across the study period were analyzed with Repeated Measures Analysis of Variance (ANOVA), using the Bonferroni adjustment for multiple comparisons in the post hoc analysis and with Cochran's test. The results of ANOVA were replicated by the Friedman test. Additionally, differences between mean values from baseline to 2-year follow-up were summarized by Cohen's effect size.

All analyses were conducted using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 14.0 software. An $\alpha=0.05$ and a 95% confident interval were used. Tests were two-tailed.

RESULTS

Out of the 40 patients who completed the study protocol, 35 (87.5%) were effectively evaluated in the 2-year follow-up (Figure 1). Of those, 27 (77.1%) were women and 23 (65.7%) had moderate to high educational level. The mean age of the sample was 40.1 ± 9.34 , the mean age of PD onset was 33.8 ± 9.44 , and the

median time of PD duration was 4 (1 to 8) years. Thirty-three patients (94.3%) had PD with agoraphobia. The most frequent comorbidities founded were generalized anxiety disorder, 13 (37.1%), and mild depression, 9 (25.7%).

The clinical, demographic and personality characteristics between patients who participated or not in the 2-year follow-up were similar ($p>0.05$), except for lower scores on HAM-A ($p=0.039$), neurotic defenses ($p=0.039$), and lower prevalence of having a partner ($p=0.015$) for the patients who were not followed. Also the age of onset was earlier for the patients who were not found in the follow-up ($p=0.039$).

Outcome measures in the follow-up period

Remission, relapse, nonremission and late remission rates are presented in figure 1.

All symptomatic scales showed a significant decrease in the 4-month and in the 2-year follow-up as compared to baseline scores. There were no differences between scores in the 4-month and 2-year follow-up in the post hoc analysis, indicating the maintenance of gains achieved after the 4-month treatment (Table 1).

Treatment used after the 4-month sertraline treatment up to the 2-year follow-up

In the 2-year follow-up evaluation, 26 patients (74.3%) remained in some type of psychiatric treatment (SSRI = selective serotonin reuptake inhibitors; BZD = benzodiazepines; CBT = cognitive behavioral therapy). Regarding patients in remission from the 4-month to the 2-year follow-up, 6 (35.3%) were free of any

treatment, 10 (58.8%) remained in pharmacological treatment (SRI = 8; BZD=1; SRI+BZD=1) and 1 (5.9%) was in CBT. Among patients who achieved remission after the 4-month protocol, 2 (40%) were without treatment, 2 (40%) were using medications (SRI=1; SRI+BZD=1) and 1 (20%) was in CBT+SRI. Considering nonremission patients, 2 (28.6%) were free of treatment, 3 (42.8%) were on medication (SRI=1; SRI+CBT=2) and 2 (28.6%) were in CBT+SRI. Among those patients who relapsed, 5 (83.3%) were on medication (SRI=3, BZD=2) and 1 was in CBT.

Personality and chance to remain in treatment in the 2-year follow-up

According to the MMPI scales, patients who presented higher scores on the introversion-extraversion scale had a higher chance of remaining in treatment after 2 years (42.3 ± 5.57 vs. 48.4 ± 7.78 ; $p=0.033$, for patients who did not remain and remained in treatment, respectively). In the TCI, the novelty seeking scale, was significantly associated with a higher chance to remain in treatment (16.6 ± 3.13 vs. 20.3 ± 4.17 ; $p=0.018$, for patients who did not remain and remained in treatment, respectively).

Personality in MMPI and clinical predictors in the 2-year outcome

Considering all clinical, demographic and defense style predictors of being in remission in the 2-year follow-up, the higher use of neurotic defenses was a significant predictor of nonremission (4.5 ± 1.09 vs. 5.4 ± 1.15 , for remitted and nonremitted patients, respectively; $p=0.042$). The lower socioeconomic status showed a trend to predict worse response (28.0 ± 8.50 vs. 21.9 ± 9.14 , for remitted

and nonremitted patients, respectively; $p= 0.055$). Considering the MMPI personality scales, none of them showed significant prediction of remission in the 2-year outcome.

Temperament and Character Inventory and the 2-year remission

The results regarding temperament and character factors associated with remission in the 2-year follow-up are shown in table 2. For the TCI, the scores in novelty seeking and harm avoidance scales were higher in patients who were not in remission, while the self-directedness scores were higher in patients who remitted.

DISCUSSION

PD patients improve in all symptomatic scales after acute pharmacological treatment and in the 2-year evaluation as compared to the baseline, with no differences between the 4-month and the follow up assessment, indicating maintenance of the acute gains. Also, it was observed that the use of neurotic defenses, higher temperament traits of novelty seeking and harm avoidance, and lower character trait of self-directedness were significantly associated with long-term outcome, corroborating data that suggest that some personality characteristics might have a deleterious influence in the course of PD (Slaap and den Boer, 2001; Prasko et al., 2005; Marchesi et al., 2006).

Even though our data suggested a good rate of remission after the acute and follow-up period (Pollack and Smoller, 1995; Rapaport et al., 2001; Carpiniello et al., 2002; Simon et al., 2002), many patients (37%) were symptomatic and still

meeting the diagnostic criteria for PD at the end of the 2-year period. Moreover, during follow up evaluation, most of the patients was on some kind of standard treatment, corroborating with data that demonstrated that PD is a chronic condition (Slaap and den Boer, 2001; Carpiniello et al., 2002), even in a sample of low rates of major axis I psychiatric comorbidities as the one included in this study. Furthermore, it is important to emphasize that the comorbidities found in the sample were also not significant predictors of outcome in the present study.

Additionally, our data shows that the factors associated with outcome might be different in short-term and long-term follow-ups, an issue that still has not reached consensus in the literature (Slaap and den Boer, 2001). In the present study, it was demonstrated that the factors associated with being in remission in the 2-year evaluation were related to defense style and personality traits. Severity of PD, early age of onset and immature defenses, significantly associated with worse outcome in a previous short-term follow-up study (Kipper et al., 2007), were no longer predictors of response in long-term outcomes. Our data suggest that factors related to anxiety state were predictors of outcome in the acute treatment and short-term follow-up. On the other hand, the longer follow-up might be more closely related to persistent patients' characteristics such as some aspects of personality and functioning.

The influence of personality in PD is controversial (Mennin and Heimberg, 2000; Reich, 2003; Johnson et al., 2006). In our sample, the higher scores in temperament traits, described by Cloninger (1993) as novelty seeking and harm avoidance, even in an opposite way, were associated with worse outcome. It can be hypothesized that temperament factors characterized by the activation and

triggering of behaviors by new stimulus, (novelty seeking) and a tendency to inhibit behaviors through aversive stimulus (harm avoidance), are present in those patients who are more vulnerable to remain symptomatic. Also in our sample, high levels of self-directedness were found in remitted patients, indicating that people who have better self-identification as an autonomous subject, self-determination and ability to control, regulation and adaptation behavior have a higher chance to achieve good outcome. Psychotherapy interventions can be used in PD patients as an attempt to develop some of these characteristics. Our data regarding temperament and character factors of personality according to the Cloninger Inventory corroborates in part the findings of Marchesi et al. (2006) that nonremitted patients used higher levels of harm avoidance, and lower levels of persistence, self-directedness and cooperativeness. In spite of TCI results, no MMPI scale showed any relation to long-term outcome.

Although these instruments do not represent the same constructs, the TCI and the MMPI are two measures of personality that show significant correlation (Wachleski et al., 2007). So we hypothesize that differences in the symptomatology at the baseline assessment (MMPI) and endpoint assessment (TCI) can influence the scale rates and may explain why only the TCI scales show an association with long-term outcome.

Our study also found that the introversion/extraversion scale of the MMPI was related to a higher chance to remain in treatment in the 2-year follow-up. This data are in accordance with Corominas et al. (2002) that described that lower levels of extraversion (in the extraversion/introversion dimension of personality) predict higher residual symptoms and patients who persist with higher level of

residual symptoms may need longer treatments. Berger et al. (2004) suggested that some panic patients with PersD might not be treatment-resistant, but they might need a longer treatment.

This study presents some limitations. There are some differences between patients found and lost to follow-up in some clinical characteristics. The small sample size limits power to detect small differences between groups and it did not allow for a controlled analysis of predictors. Regarding controlled analysis, as the TCI and the MMPI represents both constructs of personality, multicollinearity is another issue to be considered which limits this multivariable approach. Additionally, the TCI was only applied in the 2-year follow-up evaluation and not in the beginning of treatment, that's why we cannot state that it was a predictor, but a factor associated to outcome.

The findings in this follow-up study suggest that neurotic functioning and some temperament traits (novelty seeking and harm avoidance) are associated with the fact of remaining symptomatic and chronic, which is in agreement with the literature and previous studies that showed that some of these characteristics are frequently found in PD patients (Slaap and den Boer, 2001; Kipper et al., 2004, 2005; Starcevic et al., 1996; Wiborg et al., 2005; Wachleski et al., 2007). These data also corroborate models and theories about the possibility of PD patients present some vulnerabilities that can lead to more chronic PD (Shear et al., 1993; Manfro et al., 1996). Treatment for PD must emphasize not only the complete remission of symptoms, but also the vulnerability factors of temperament and functioning that seem to be relevant for this disorder.

CONCLUSION

This study suggests that all factors and vulnerabilities that can contribute to chronicity and morbidity of PD must be considered in treatment planning, such as type of treatment, duration and which patients will be most effectively benefited from each therapeutic intervention. These data showed that even though patients present a good response to standard treatments, PD might be a chronic condition and long follow-up might be related to the persistent aspects of personality and functioning. Considering these issues, combined treatments or even other interventions should be used when necessary.

ACKNOWLEDGEMENTS

FIPE-HCPA (Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre), FAPERGS (Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul) and CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

REFERENCES

American Psychiatry Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amorim P. 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(3): 106-115.

Andersch S, Hetta J. 2003. A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry* 18: 401-408.

Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. 2004. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 80: 75-78.

Black DW, Wesner RB, Gabel J, Bowers W, Monahan P. 1994. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *J Affect Disord* 30:233-241.

Blaya C, Dornelles M, Kipper L, Heldt E, Bond M, Manfro GG et al. 2007. Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res* 17(3): 261-272.

Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. 1983. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338.

Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. 2002. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry* 17: 394-398.

Clair AL, Oei TP, Evans L. 1992. Personality and treatment response in agoraphobia with panic attacks. *Compr Psychiatry* 33(5): 310-318.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. 1993. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-990.

Corominas A, Guerrero T, Vallejo J. 2002. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur Psychiatry* 17: 399-406.

Cunha, J A. 2003. MMPI. In: *Psicodiagnóstico-V. 5. Ed. revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, p 439-506.

Dahlstrom WG, Welsh GS. 1965. *An MMPI Handbook. A guide to use in clinical practice and research*. The University of Minnesota Press – Minneapolis, p 18-116.

Dressen L, Arntz A, Luttels C, Sallaerts S. 1994. Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 35(4): 265-274.

Dressen L, Arntz A. 1998. The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best-evidence synthesis. *Behav Res Ther* 36(5): 483-504.

Faravelli C, Paterniti S, Scarpato A. 1995. 5-year prospective, naturalistic follow-up study of panic disorder. *Compr Psychiatry* 36:271-277.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e de Caráter de Cloninger – Validação da Versão em Português. In: *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, p 363- 369, 2000.

Groth-Marnat G. 1997. *Handbook of Psychological Assessment – Third Edition*. John Wiley & Sons, Inc., chapter 6, p 205-239.

Guy W. 1976. CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (Rev. Ed. Rockville, MD), p 217-222.

Hathaway SR, McKinley JC. 1971. *Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI)*. Manual de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: CEPA.

Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW et al. 2003. Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychother Psychosom* 72: 43-48.

Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. 2006. One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther* 44(3): 657-665.

Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, Fleck M, Manfro GG. 2006. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive-behavior therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom* 75(3):183-186.

Hoffart A, Hedley LM. 1997. Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *J Anxiety Disord* 11 (1): 77-87.

Hofmann SG, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM, Hershberger D, Patterson M et al. 1998. Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress Anxiety* 8(1): 14-20.

Ito LM, Gorenstein C, Gentil V, Miyakawa E. 1995. Minnesota Multiphasic Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment. *Braz J Med Biol Res* 28: 961-965.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. 2006. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *J Anxiety Disord* 20: 408-426.

Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, Pratt LA, Gollan BA, Massion AO et al. 1994. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis* 182: 290-296.

Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG et al. 2004. Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. *J Nerv Ment Dis* 192(1): 58-64.

Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. 2005. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 193(9): 619-624.

Kipper L, Blaya C, Wachleski C, Dornelles M, Salum GA, Heldt E, Manfro GG. 2007. Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *Eur Psychiatry* 22(2): 87-91.

Lecrubier Y. 1998. The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 8): 11-16.

Manfro GG, Otto MW, Mc Ardle ET, et al. 1996. Relationship of Precipitant Life Events and Childhood History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *J Affect Disord* 41:135-139.

Marchand A, Wapler M. 1993. Effect of personality disorders on response to cognitive behavioral therapy of panic disorder with agoraphobia. *Can J Psychiatry* 38(3): 163-166.

Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. 2006. Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: a 1-year naturalistic study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30(7): 1240-1245.

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. 2006. The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 114(3): 203-210.

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. 2006. Predictors of symptom resolution in panic disorder after one year of pharmacological treatment: a naturalistic study. *Pharmacopsychiatry* 39(2): 60-65.

Marshall JR. 1996. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bull Menninger Clin* 60: A39-53.

Massion AO, Dyck IR, Shea T, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. 2002. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 434-440.

Mennin DS, Heimberg RG. 2000. The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clin Psychol Rev* 20(3): 339-357.

Noyes R Jr, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. 1990. Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 47(9):809-818.

Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, et al. 1990. Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings From the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 51:12 (suppl A): 12-16

Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS. 1992. Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. *Compr Psychiatry* 33(2): 78-83.

Pollack MH, Smoller JW. 1995. The Longitudinal Course and Outcome of Panic Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 18 (4): 785-801.

Pollack MH, Marzol PC. 2000. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol* 14(2): S25-S30.

Pollack MH, Rapaport MH, Clary CM, Mardekian J, Wolkow R. 2000. Sertraline Treatment of Panic Disorder: Response in Patients at Risk for Poor Outcome. *J Clin Psychiatry* 61: 922-927.

Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM. 2002. Early improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *J Psychiatr Res* 36: 229-236.

Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F, Otto MW. 2003. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J Psychopharmacol* 17(3):276-282.

Prazko J, Houbova P, Novak T, Zalesky R, Espa-Cervena K, Paskova B, et al. 2005. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder – comparison study. *Neuro Endocrinol Lett* 26(6): 667-674.

Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY. 2001. Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatr Scand* 104: 289-298.

Reich J, Troughton E. 1988. Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects. *Psychiatry Res* 26: 89-100.

Reich J. 1990. The effect of personality on placebo response in panic patients. *J Nerv Ment Dis* 178(11): 699-702.

Reich J, Green AI. 1991. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis* 179(2): 74-82.

Reich J. 2003. The effect of axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *J Personal Disord* 17(5): 387-405.

Rubio G, Lopez-Ibor JJ Jr. 2007. What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry* 22 (2): 80-86.

Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. 1993. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 150:859-866.

Simon NM, Safren SA, Otto MW, Sharma SG, Lanka GD, Pollack MH. 2002. Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *J Affect Disord* 69(1-3): 201-208.

Slaap BR, den Boer JA. 2001. The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 14(2): 112-122.

Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D. 1996. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 37: 75-79.

Starcevic V, Uhlenhuth EH. 1998. Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 18, 6 (suppl 2): 1S.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. 2002. Temperament, Character and Personality Disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 106(3): 189- 195.

Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L, Paludo A, Salgado AP, Manfro GG. 2007. Temperament and Character in Patients with Panic Disorder: a case-control study in the Brazilian population. Submitted.

Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA, Gullberg C. 2005. Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder? *Compr Psychiatry* 46(4): 311-314.

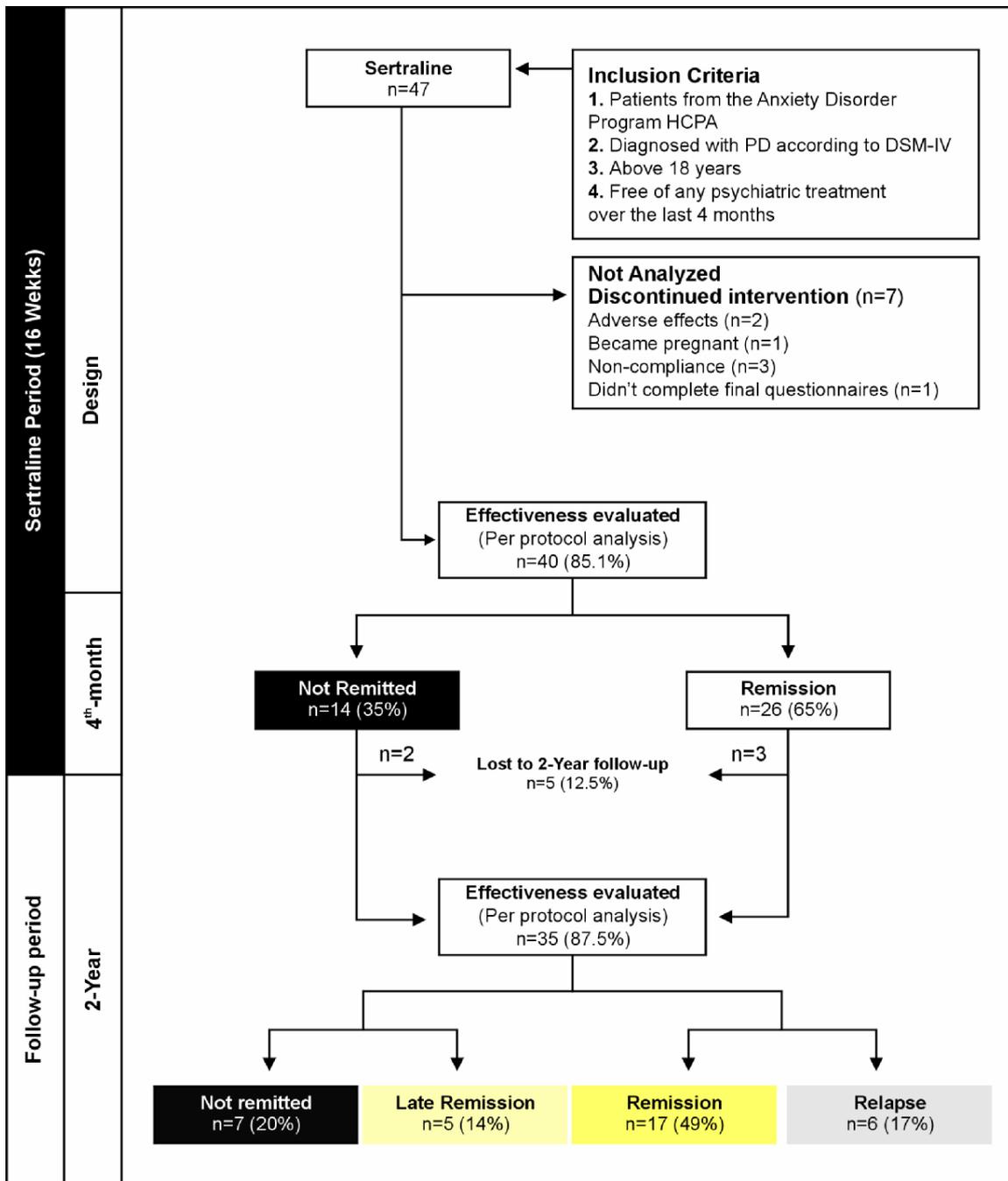


Figure 1 Flow Diagram showing the response outcome in acute response to Sertraline and across 2-year follow-up

Table 1. Symptom severity outcome measures across the study period (n=35)

	Baseline	4 th -month	2-Year	p-value	Baseline to 2-year follow-up	
					Mean Difference (CI95%)	ES
CGI	4.43±0.88	2.26±1.07*	2.09±1.01*	<.001 [¶]	-2.34 (-1.94 to -2.75)	1.98
Panic Attacks	35 (100)	7 (20)*	10 (29)*	<.001 [‡]	--	--
Agoraphobia	7.06±2.87	2.86±3.09*	3.14±3.21*	<.001 [¶]	-3.91 (-2.52 to -5.30)	0.97
Anticipatory anxiety	8.40±2.32	3.20±3.12*	3.20±3.36*	<.001 [¶]	-5.20 (-3.83 to -6.57)	1.30
Hamilton anxiety	26.14±5.62	10.09±6.41*	12.49±5.76*	<.001 [¶]	-13.66 (-10.82 to -16.49)	1.15

Note: values are presented as count(percent) and mean±SD. CGI, Clinical Global Impressions; ES, Effect Size (Cohen's formula); CI95% Confident Interval of 95%

[¶] Repeated Measures ANOVA with Bonferroni adjustment for multiple comparisons [‡] Cochran's p-value
There were no differences between p-values calculated by Repeated Measures ANOVA and Friedman test (all <.001)

Post Hoc analysis: * Differences related to baseline; † Differences related to 4-month treatment

Table 2. Factors of Temperament and Character in the TCI associated with being in remission in 2-year follow-up after 4 months of pharmacological treatment in PD patients.

	Remission		Statistics	
	Remitters n=22 (62.9%)	Nonremitters N=13 (37.1%)	Mean Difference (CI95%)	p-value
Temperament and Character Inventory				
Novelty Seeking	18.0±3.99	21.6±3.75	3,57 (0,79 to 6,35)	0.013*
Harm Avoidance	19.1±5.61	23.8±5.77	4,71 (0,681 to 8,74)	0.024*
Reward Dependence	14.9±3.64	14.8±3.74	-0,02 (-2,63 to 2,60)	0.989
Persistence	4.5±1.68	4.2±1.16	-0,31 (-1,39 to 0,76)	0.519
Self-directedness	32.3±5.70	24.5±8.77	-7,78 (-12,74 to -2,81)	0.003*
Cooperativeness	32.4±4.98	31.1±4.33	-1,29 (-4,67 to 2,10)	0.429
Self Transcendence	12.2±5.48	14.5±5.12	2,36 (-1,46 to 6,17)	0.211

Note: Values represent mean ± SD. CI, Confident Interval of 95%. Symmetric continuity variables were assessed by Independent samples Student's t test. Significance for this exploratory analysis was **p<0.05**.

7.6 O impacto dos traços de personalidade na remissão do transtorno do pânico: um estudo de seguimento naturalístico de 2 anos*

Letícia Kipper, M.D.,¹ Giovanni Abrahão Salum,¹ Cláudia Wachleski,¹ Elizeth Heldt R.N., PhD,¹ Carolina Blaya, M.D.,¹ Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Transtornos de Ansiedade, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

Gisele Gus Manfro (autora para correspondência), MD, PhD

e-mail: gmanfro@portoweb.com.br

Endereço: Luis Manoel Gonzaga 630/11 CEP: 90470-280 – Porto Alegre, RS, Brasil

Telefone e fax : 55 51 33309272 ou 55 51 33289234

Título-abreviado: Personalidade e seguimento em longo prazo no pânico

Palavras-chaves: transtorno do pânico, longo prazo, personalidade, sertralina, curso.

*Artigo submetido: Depression and Anxiety. Fator de impacto: 2,549.

RESUMO

OBJETIVO: Os objetivos deste estudo naturalístico foram avaliar os sintomas em pacientes com transtorno do pânico (TP) após dois anos de tratamento farmacológico e, também, verificar se a personalidade estava associada com a remissão. **MÉTODO:** Um estudo naturalístico de 2 anos foi realizado em pacientes com TP que haviam participado de um ensaio aberto com sertralina. Os pacientes foram reavaliados dois anos após um período de quatro meses de intervenção. Foram avaliados por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (M.M.P.I.) e do Inventário de Temperamento e Caráter (TCI). O estado sintomático e a gravidade foram determinados pelo Inventário do Pânico, Impressão Clínica Global e Escala Hamilton - Ansiedade. **RESULTADOS:** Os pacientes obtiveram melhora nos 4 meses e no seguimento de 2 anos, comparados com os escores basais. No entanto, 37% não mostraram remissão na avaliação de dois anos e 74% dos pacientes permaneciam em tratamento. Maiores escores nas escalas introversão-extroversão e busca da novidade foram significativamente associados a maior chance de permanecerem em tratamento. O uso de defesas neuróticas e os temperamentos busca de novidade e evitação de dano foram associados ao resultado mais pobre no seguimento de 2 anos, enquanto o traço de caráter autodirecionamento foi mais alto em pacientes que remitiram. **CONCLUSÃO:** O TP apresenta uma boa resposta aguda após tratamento farmacológico, e a cronicidade pode estar relacionada aos aspectos mais persistentes de personalidade e funcionamento do paciente.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico (TP) é considerado um transtorno crônico em função de que os pacientes podem apresentar recaídas, remissões parciais ou não-remissões após anos de tratamento. Estudos de seguimento sugerem que somente 30% dos pacientes se tornam assintomáticos após seis a dez anos de tratamento, enquanto 40 a 50% melhoram, mas permanecem sintomáticos, e 20 a 30% não demonstram mudanças ou pioram comparados com os escores basais (APA, 1994; Pollack et al. 1990; Faravelli et al., 1995; Starcevic & Uhlenhuth, 1998; Pollack & Marzol, 2000; Carpiniello et al., 2002). Um estudo de seguimento de 15 anos corroborou estes dados e descreveu que somente 18% dos pacientes com TP alcançaram remissão completa, 13% melhoraram, mas continuavam com a medicação, 51% tinham ataques de pânico recorrentes, e 18% ainda preenchiam critérios diagnósticos para TP (Andersch & Hetta, 2003). Um estudo de seguimento recente e longo, com uma média de seguimento desde o início do tratamento de 47 anos, também mostrou que o TP tende a ser crônico e que, após várias décadas, os pacientes melhoram em relação ao número de ataques de pânico, mas a maioria continua com sintomas residuais (Rubio & Lopez-Ibor, 2007). Devido a estas taxas de não-remissão, é importante estudar os fatores que podem estar associados à cronicidade para investigar estratégias mais efetivas de tratamento (Starcevic & Uhlenhuth, 1998).

Diversos fatores têm sido associados a uma pior morbidade e curso do TP, tais como gravidade, agorafobia, comorbidade com outros transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias, duração da doença, desemprego, visitas recentes a emergências médicas, baixo nível sócio-econômico,

comorbidades médicas, fatores psicodinâmicos e transtornos de ansiedade na infância (Pollack et al., 1990; Pollack & Smoller, 1995; Marshall, 1996; Lecrubier, 1998; Starcevic & Uhlenhuth, 1998; Pollack et al., 2000; Slaap & den Boer, 2001; Roy-Byrne et al., 2003; Heldt et al., 2006; Marchesi et al., 2006).

O transtorno de personalidade também tem sido considerado um preditor de cronicidade (Pollack & Smoller, 1995). Alguns estudos encontraram uma influência prejudicial nos resultados dos tratamentos padrões (Noyes et al., 1990; Pollack et al. 1990; Reich, 1990, 1991; Pollack et al., 1992; Black et al., 1994; Ito et al., 1995; Mennin & Heimberg, 2000; Slaap & den Boer, 2001; Berger et al., 2004), enquanto outros não mostraram influência (Clair et al., 1992; Marchand & Wapler, 1993; Dressen et al., 1994; Dressen et al., 1998; Hofmann et al., 1998; Massion et al., 2002; Reich, 2003). Existem poucos dados mostrando quais transtornos de personalidade afetariam os pacientes com TP. Reich (1988, 1990) encontrou que traços paranóides, *borderline*, anti-sociais, histriônicos e narcisistas tiveram uma correlação negativa com os resultados globais, mas que ataques espontâneos não são afetados pela personalidade. Hoffart & Hedley (1997) mostraram que traços dependentes pré-tratamento estavam associados a melhora mais pobre em uma terapia focada na agorafobia de seis semanas. Em outro estudo, o transtorno de personalidade evitativo afetou a resposta ao tratamento de pacientes com TP, uma vez que suas respostas foram mais pobres e especialmente mais lentas (Berger et al., 2004). Um estudo encontrou que pacientes com TP que apresentaram especificamente o transtorno de personalidade *borderline* mostraram as taxas mais baixas de remissão após um

ano de tratamento farmacológico, enquanto os outros traços não mostraram influência (Marchesi et al, 2006).

A maioria dos estudos consideraram somente a avaliação aguda de transtorno de personalidade no TP, existindo poucos estudos de seguimento em longo prazo considerando esta questão. Além disso, não encontramos nenhum estudo brasileiro em nossa pesquisa, assim como nenhum estudo naturalístico após tratamento agudo com sertralina.

O objetivo do presente estudo naturalístico foi avaliar a sintomatologia do TP dois anos após tratamento farmacológico e determinar se os traços de personalidade estão associados com remissão em um seguimento de longo prazo.

MÉTODO

Delineamento do Estudo e Participantes

Um estudo longitudinal naturalístico de 2 anos foi desenvolvido com pacientes que participaram de um ensaio aberto com sertralina. Estes pacientes foram recrutados através de anúncios divulgados pela mídia local ou por indicações do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN), do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil. Os critérios de inclusão foram: preencher os critérios diagnósticos do DSM-IV para TP, ter mais de 18 anos de idade, apresentar sintomas de ansiedade antecipatória e evitação, ter apresentado pelo menos dois ataques de pânico no mês anterior, e estar sem tratamento psiquiátrico (farmacoterapia ou psicoterapia) nos quatro meses anteriores. Foram excluídos do estudo pacientes com retardo mental, síndromes cerebrais orgânicas, dependência ao álcool e outras substâncias, transtornos

psicóticos, doença crônica debilitante ou depressão maior moderada a grave (Escala Hamilton- Depressão > 17). Dos 50 pacientes que preencheram critérios diagnósticos do DSM-IV para TP, 47 foram incluídos no estudo. Dois pacientes com TP recusaram-se a participar e um não atingiu os critérios de inclusão.

Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento informado antes de participarem da pesquisa, que foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Parte da amostra já foi descrita em estudos prévios que analisaram outros preditores de resposta (Kipper et al. 2007).

Período de Intervenção

Os pacientes receberam tratamento farmacológico com sertralina por 4 meses, em um ensaio aberto, com dose inicial de 25 mg/dia na primeira semana, aumentando para até 150 mg/dia de acordo com avaliação clínica, até remissão sintomática ou ocorrência de efeitos adversos. O clonazepam foi utilizado quando necessário (Pollack & Marzol, 2000; Pollack et al., 2000; Rapaport et al., 2001). Durante este período de intervenção, os pacientes foram avaliados na linha de base e a cada duas semanas, por 4 meses.

Período Observacional

Os pacientes foram reavaliados dois anos após o período de intervenção com uma entrevista clínica que questionava sobre: a presença de tratamento (farmacológico ou psicoterápico), sintomas do TP (Inventário do Pânico, Impressão Clínica Global e Escala Hamilton – Ansiedade), eventos estressores e Inventário de Temperamento e Caráter, descritos abaixo.

Instrumentos

Previamente a sua inclusão no estudo, os pacientes foram avaliados com uma entrevista clínica e pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) – versão Brasileira 5.0.0 – DSM IV, uma entrevista diagnóstica padronizada e estruturada que avalia os principais transtornos psiquiátricos de eixo I de acordo com os critérios do DSM-IV, administrado por psiquiatras treinados (Amorim, 2000).

O Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (M.M.P.I.) e o Inventário de Temperamento e Caráter (TCI) foram utilizados para avaliar as características de personalidade. O M.M.P.I. foi administrado e analisado por psicóloga treinada, em duas entrevistas de cerca de 60 minutos, na linha de base. O instrumento contém 566 questões de certo e errado e classifica 10 escalas clínicas de personalidade: hipocondria (Hs), depressão (D), histeria (Hy), desvio psicopático (Pd), masculinidade-feminilidade (MF), paranóia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc), hipomania (Ma) e introversão-extroversão (Si) (Dahlstrom & Welsh, 1965; Hathaway & McKinley, 1971; Groth-Marnat, 1997; Cunha, 2000). O TCI é um questionário auto-aplicado que contém 240 questões de verdadeiro ou falso, e é dividido em fatores de temperamento (busca de novidade, evitação de dano, dependência de gratificação e persistência) e fatores de caráter (autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência) (Cloninger et al., 1993; Fuentes et al.; Svrakic et al., 2002). Foi administrado na avaliação de dois anos.

Mudanças na gravidade dos sintomas foram avaliadas pelas seguintes escalas: Inventário do Pânico, Impressão Clínica Global e Escala Hamilton –

Ansiedade, aplicadas antes, durante e após 16 semanas de tratamento, e reaplicadas dois anos após o final do tratamento. O Inventário do Pânico é um instrumento que classifica os ataques de pânico como espontâneos, situacionais, completos ou incompletos. Também avalia a intensidade dos ataques (em uma escala de 0 a 10), duração (minutos) e frequência, e a gravidade da agorafobia e ansiedade antecipatória (em uma escala de 0 a 10 (Heldt et al., 2003; Kipper et al., 2005, 2007; Heldt et al., 2006, 2006). Uma versão pânico-específica da Impressão Clínica Global (CGI) foi utilizada. O CGI fornece um índice global da gravidade do TP, com escores variando de 1 (normal, não doente) a 7 (extremamente doente), de acordo com a frequência e a intensidade dos ataques de pânico, nível de ansiedade antecipatória, nível de evitação fóbica e prejuízo no funcionamento (familiar, social ou ocupacional) (Guy, 1976). A Escala Hamilton – Depressão foi usada para excluir a depressão maior moderada a grave (HAM-D>17).

Dados demográficos e outros dados clínicos (idade de início, duração do TP, história familiar, doença clínica, eventos estressores, história de trauma) foram coletados utilizando uma entrevista clínica estruturada desenvolvida especificamente para o estudo, comorbidades foram avaliadas pelo M.I.N.I. e os mecanismos de defesa foram avaliados pelo DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*) (Bond et al., 1983; Blaya et al., 2007). Estes dados foram descritos em um estudo prévio (Kipper et al., 2007).

Medidas de Resposta

De acordo com estudos anteriores, o critério de remissão usado foi: CGI \leq 2 e ausência de ataques de pânico no fim do tratamento (Keller et al., 1994; Pollack et al., 2002; Pollack et al., 2003; Kipper et al., 2005, 2007; Heldt et al., 2006).

As medidas de respostas no seguimento de dois anos foram: 1. remissão (CGI \leq 2 e ausência de ataques de pânico aos quatro meses após o tratamento e mantido na avaliação de dois anos); 2. recaída (CGI \geq 3 ou ataques de pânico, após atingir remissão nos quatro meses de tratamento); 3. não-remissão (CGI \geq 3 ou ataques de pânico após os quatro meses de tratamento, mantidos na avaliação de dois anos); 4. remissão tardia (CGI \geq 3 ou ataques de pânico na avaliação de quatro meses e CGI \leq 2 sem ataques de pânico na avaliação de dois anos). A fim de avaliar preditores, todos os pacientes que preencheram critérios de remissão CGI \leq 2 e ausência de ataques de pânico aos dois anos de avaliação foram considerados remitentes.

Análise Estatística

Os dados são apresentados como frequência (%), média \pm desvio padrão e mediana (amplitude interquartil). A distribuição Gaussiana e a homogeneidade das variâncias foram avaliadas com o teste Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene antes de qualquer análise estatística. Diferenças entre pacientes não encontrados e encontrados no seguimento foram analisadas através de teste t de Student para amostras independentes ou teste de Welch (para variâncias heterogêneas) e o teste exato de Fisher. Os mesmos testes foram utilizados para avaliar preditores clínicos da chance de permanecer em tratamento no seguimento de dois anos e preditores de remissão de personalidade no seguimento de dois anos. As medidas

de gravidade dos sintomas no decorrer do estudo foram analisadas com a Análise de Variâncias para Medidas Repetidas (ANOVA), utilizando os ajustes de Bonferroni para comparações múltiplas em uma análise *post hoc* e com o teste de Cochran. Os resultados da ANOVA foram replicados pelo teste de Friedman. Adicionalmente, diferenças entre os valores das médias da linha de base e do seguimento de dois anos foram sumarizados pelo tamanho de efeito de Cohen.

Todas as análises foram conduzidas utilizando o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 14.0. Foram utilizados um $\alpha=0,05$ e um intervalo de confiança de 95%. Os testes foram bi-caudais.

RESULTADOS

Dos 40 pacientes que completaram o protocolo do estudo, 35 (87,5%) foram avaliados efetivamente no seguimento de 2 anos (Figura 1). Destes, 27 (77,1%) eram mulheres e 23 (65,7%) tinham nível de escolaridade moderado a alto. A média de idade da amostra foi $40,1\pm 9,34$, a média de idade de início do TP foi $33,8\pm 9,44$ e o tempo mediano de duração do TP foi 4 (1 a 8) anos. Trinta e três pacientes (94,3%) apresentavam TP com agorafobia. As comorbidades mais freqüentemente encontradas foram o transtorno de ansiedade generalizada, 13 (37,1%), e depressão leve, 9 (25,7%).

As características clínicas, demográficas e de personalidade entre os pacientes que participaram e não participaram do seguimento de 2 anos foram similares ($p>0,05$), exceto por menores escores de HAM-A ($p=0,039$), de defesas neuróticas ($p=0,039$), e menor prevalência em ter companheiro ($p=0,015$) para os

pacientes que não foram seguidos. Também a idade de início foi menor entre os pacientes que não foram encontrados no seguimento ($p=0,039$).

Medidas de resposta no período do seguimento

As taxas de remissão, recaída, não-remissão e remissão tardia são apresentadas na figura 1.

Todas as escalas sintomáticas mostraram uma diminuição significativa nos 4 meses e no seguimento de 2 anos, comparadas com os escores da linha de base. Não houve diferença entre os escores de 4 meses e do seguimento de 2 anos em um análise *post hoc*, indicando a manutenção dos ganhos obtidos após os 4 meses de tratamento (Tabela 1).

Tratamento utilizado após os 4 meses de sertralina até o seguimento de 2 anos

Na avaliação do seguimento de 2 anos, 26 pacientes (74,3%) permaneceram em algum tipo de tratamento psiquiátrico (ISRS = inibidores seletivos da recaptção da serotonina; BZD = benzodiazepínicos; TCC = terapia cognitivo-comportamental). Considerando os pacientes em remissão dos 4 meses ao seguimento de 2 anos, 6 (35,3%) estavam sem qualquer tratamento, 10 (58,8%) permaneceram em tratamento farmacológico (ISRS = 8; BZD=1; ISRS+BZD=1) e 1 (5,9%) estava em TCC. Entre os pacientes que alcançaram remissão após o protocolo de 4 meses, 2 (40%) estavam sem tratamento, 2 (40%) estavam usando medicações (ISRS=1; ISRS+BZD=1) e 1 (20%) estava em TCC+ISRS. Considerando pacientes em não-remissão, 2 (28,6%) estavam sem tratamento, 3 (42,8%) estavam em medicação (ISRS=1; ISRS+TCC=2) e 2

(28,6%) estavam em TCC+ISRS. Entre aqueles pacientes que sofreram recaída, 5 (83,3%) estavam sob medicação (ISRS=3, BZD=2) e 1 estava em TCC.

Personalidade e chance de permanecer em tratamento no seguimento de 2 anos

De acordo com a escala MMPI, pacientes que apresentaram maiores escores na escala introversão-extroversão tinham maior chance de permanecer em tratamento após 2 anos ($42,3 \pm 5,57$ vs. $48,4 \pm 7,78$; $p=0,033$, para pacientes que não permaneceram e que permaneceram em tratamento, respectivamente). No TCI, a escala busca de novidade foi significativamente associada com uma maior chance de permanecer em tratamento ($16,6 \pm 3,13$ vs. $20,3 \pm 4,17$; $p=0,018$, para pacientes que não permaneceram e que permaneceram em tratamento, respectivamente).

Personalidade no MMPI e preditores clínicos nos resultados de 2 anos

Considerando os preditores clínicos, demográficos e estilo defensivo, de estar em remissão no seguimento de 2 anos, o maior uso de defesas neuróticas foi um preditor significativo para não-remissão ($4,5 \pm 1,09$ vs. $5,4 \pm 1,15$, para pacientes em remissão e não-remissão, respectivamente; $p=0,042$). O menor nível socioeconômico mostrou uma tendência a predizer uma pior resposta ($28,0 \pm 8,50$ vs. $21,9 \pm 9,14$, para pacientes em remissão e não-remissão, respectivamente; $p=0,055$). Considerando as escalas de personalidade do MMPI, nenhuma delas mostrou-se preditora significativa de remissão nos resultados dos 2 anos.

Inventário de Temperamento e Caráter e a remissão nos 2 anos

Os resultados relacionados aos fatores de temperamento e caráter associados com a remissão no seguimento de 2 anos podem ser vistos na tabela 2. No TCI, os escores das escalas busca de novidade e evitação de dano foram maiores em pacientes que não estavam em remissão, enquanto os escores de autodirecionamento foram maiores nos pacientes que remitiram.

DISCUSSÃO

Os pacientes com TP melhoraram em todas as escalas sintomáticas após o tratamento farmacológico agudo e na avaliação de 2 anos, se comparados com a linha de base, sem diferença entre os 4 meses e a avaliação do seguimento, indicando a manutenção dos ganhos agudos. Além disso, o uso de defesas neuróticas, os traços mais elevados dos temperamentos busca de novidade e evitação de dano e os traços mais baixos de caráter de autodirecionamento foram significativamente associados com os resultados de longo prazo, corroborando dados que sugerem que algumas características de personalidade podem ter uma influência deletéria no curso do TP (Slaap & den Boer, 2001; Prasko et al., 2005; Marchesi et al., 2006).

Mesmo que os nossos dados tenham sugerido uma boa taxa de remissão após os períodos agudo e de seguimento (Pollack & Smoller, 1995; Rapaport et al., 2001; Carpiniello et al., 2002; Simon et al., 2002), muitos pacientes (37%) estavam sintomáticos e ainda preenchiam os critérios diagnósticos para TP no final do período de 2 anos. Também, durante a avaliação do seguimento, a maioria dos pacientes estava em algum tipo de tratamento padrão, corroborando com os dados que demonstraram que o TP é uma condição crônica (Slaap & den

Boer, 2001; Carpiniello et al., 2002), mesmo em uma amostra com baixas taxas de comorbidades psiquiátricas maiores de eixo I, como a incluída neste estudo. Além disso, é importante enfatizar que as comorbidades encontradas na amostra também não foram preditoras significativas de resposta no presente estudo.

Adicionalmente, nossos dados mostraram que os fatores associados à resposta podem ser diferentes para os seguimentos de curto prazo e longo prazo, uma questão que ainda não obteve consenso na literatura (Slaap & den Boer, 2001). No presente estudo, demonstrou-se que os fatores associados com estar em remissão na avaliação de 2 anos estavam relacionados ao estilo defensivo e aos traços de personalidade. A gravidade do TP, idade de início precoce e defesas imaturas, associados significativamente a pior resposta em um estudo prévio de curto prazo (Kipper et al., 2007), não foram preditores de resposta em longo prazo. Nossos dados sugerem que fatores relacionados ao estado de ansiedade foram preditores de resposta no tratamento agudo e no seguimento em curto prazo. Por outro lado, o seguimento de longo prazo pode estar mais relacionado a características mais persistentes do paciente, tais como alguns aspectos de personalidade e funcionamento.

A influência da personalidade no TP é controversa (Mennin & Heimberg, 2000; Reich, 2003; Johnson et al., 2006). Em nossa amostra, os escores maiores em traços de temperamento, descritos por Cloninger (1993) como busca de novidade e evitação de dano, mesmo que de uma maneira diferente, foram associados com pior resultado. Pode se levantar a hipótese de que fatores de temperamento caracterizados pela ativação de comportamentos por novos estímulos (busca de novidade) e uma tendência em inibir comportamentos através

de estímulos aversivos (evitação de dano) estão presentes nestes pacientes que são mais vulneráveis a permanecer sintomáticos. Também, em nossa amostra, altos níveis de autodirecionamento foram encontrados em pacientes que apresentaram remissão, indicando que pessoas que possuem uma melhor auto-identificação como um indivíduo autônomo, autodeterminação e habilidade para os comportamentos de controle, regulação e adaptação têm uma chance maior de alcançar bons resultados. Intervenções psicoterápicas podem ser usadas em pacientes com TP como uma tentativa de desenvolver algumas destas características. Nossos dados relacionados aos fatores de personalidade de temperamento e caráter, de acordo com o Inventário de Clonninger, corroboram, em parte, os achados de Marchesi et al. (2006) de que pacientes em não-remissão apresentavam níveis maiores de evitação de danos e níveis menores de persistência, autodirecionamento e cooperatividade. Apesar dos resultados do TCI, nenhuma escala do MMPI mostrou qualquer relação aos resultados em longo prazo.

Embora estes instrumentos não representem os mesmos constructos, o TCI e o MMPI são duas medidas de personalidade que mostram correlação significativa (Wachleski et al., 2007). Então, nós levantamos a hipótese de que as diferenças na sintomatologia na avaliação da linha de base (MMPI) e na avaliação final (TCI) podem influenciar as taxas das escalas e podem explicar por que somente as escalas do TCI mostram uma associação com resultados de longo prazo.

Nosso estudo também encontrou que a escala introversão/extroversão do MMPI estava relacionada a uma maior chance de permanecer em tratamento no

seguimento de dois anos. Estes dados estão de acordo com Corominas et al. (2002), que descreveu que níveis menores de extroversão (na dimensão de personalidade extroversão/introversão) predizem maiores sintomas residuais e que pacientes que persistem com maiores níveis de sintomas residuais podem precisar de tratamento mais prolongado. Berger et al. (2004) sugeriu que alguns pacientes com pânico com transtornos de personalidade possam não ser resistentes ao tratamento, mas podem precisar de tratamentos mais longos.

Este estudo apresenta algumas limitações. Existem algumas diferenças entre pacientes encontrados e perdidos no seguimento, em algumas características clínicas. O tamanho pequeno da amostra limita o poder de detectar diferenças pequenas entre os grupos e não permite uma análise controlada dos preditores. No que diz respeito à análise controlada, como o TCI e o MMPI ambos representam constructos de personalidade, a multicolinearidade é outra questão a ser considerada que limita esta abordagem multivariável. Além disso, o TCI foi aplicado somente na avaliação de seguimento de dois anos e não no início do tratamento e, por esta razão, não podemos afirmar que se trata de um preditor, mas sim um fator associado ao resultado.

Os achados neste estudo de seguimento sugerem que o funcionamento neurótico e alguns traços de temperamento (busca de novidade e evitação de dano) estão associados com o fato de permanecer sintomático e crônico, estando em concordância com a literatura e estudos prévios que mostraram que algumas dessas características são freqüentemente encontradas em pacientes com TP (Slaap and den Boer, 2001; Kipper et al., 2004, 2005; Starcevic et al., 1996; Wiborg et al., 2005; Wachleski et al., 2007). Estes dados também corroboram

modelos e teorias sobre a possibilidade de que pacientes com TP apresentem algumas vulnerabilidades que podem levar ao TP mais crônico (Shear et al., 1993; Manfro et al., 1996). O tratamento para o TP deve enfatizar não somente a remissão completa dos sintomas, mas, também, os fatores de vulnerabilidade de temperamento e funcionamento, que parecem ser relevantes para este transtorno.

CONCLUSÃO

Este estudo sugere que todos os fatores e vulnerabilidades que podem contribuir para a cronicidade e morbidade do TP devem ser considerados no planejamento do tratamento, como o tipo de tratamento, duração e quais pacientes serão mais efetivamente beneficiados por cada intervenção terapêutica. Esses dados mostraram que mesmo que os pacientes apresentem uma boa resposta a tratamentos padrões, o TP pode ser uma condição crônica e o seguimento mais longo pode estar relacionado aos aspectos persistentes de personalidade e funcionamento. Considerando estas questões, tratamentos combinados ou mesmo outras intervenções devem ser utilizadas quando necessários.

ACKNOWLEDGEMENTS

FIPE-HCPA (Fundo de Incentivo a Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre), FAPERGS (Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

REFERENCES

American Psychiatry Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amorim P. 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(3): 106-115.

Andersch S, Hetta J. 2003. A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry* 18: 401-408.

Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. 2004. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 80: 75-78.

Black DW, Wesner RB, Gabel J, Bowers W, Monahan P. 1994. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *J Affect Disord* 30:233-241.

Blaya C, Dornelles M, Kipper L, Heldt E, Bond M, Manfro GG et al. 2007. Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res* 17(3): 261-272.

Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ. 1983. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338.

Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. 2002. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry* 17: 394-398.

Clair AL, Oei TP, Evans L. 1992. Personality and treatment response in agoraphobia with panic attacks. *Compr Psychiatry* 33(5): 310-318.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. 1993. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975-990.

Corominas A, Guerrero T, Vallejo J. 2002. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur Psychiatry* 17: 399-406.

Cunha, J A. 2003. MMPI. In: *Psicodiagnóstico-V. 5. Ed. revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, p 439-506.

Dahlstrom WG, Welsh GS. 1965. *An MMPI Handbook. A guide to use in clinical practice and research*. The University of Minnesota Press – Minneapolis, p 18-116.

Dressen L, Arntz A, Luttels C, Sallaerts S. 1994. Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 35(4): 265-274.

Dressen L, Arntz A. 1998. The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best-evidence synthesis. *Behav Res Ther* 36(5): 483-504.

Faravelli C, Paterniti S, Scarpato A. 1995. 5-year prospective, naturalistic follow-up study of panic disorder. *Compr Psychiatry* 36:271-277.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e de Caráter de Cloninger – Validação da Versão em Português. In: *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, p 363- 369, 2000.

Groth-Marnat G. 1997. *Handbook of Psychological Assessment – Third Edition*. John Wiley & Sons, Inc., chapter 6, p 205-239.

Guy W. 1976. CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (Rev. Ed. Rockville, MD), p 217-222.

Hathaway SR, McKinley JC. 1971. *Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI)*. Manual de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro: CEPA.

Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW et al. 2003. Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychother Psychosom* 72: 43-48.

Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolan L, Otto MW. 2006. One-year follow up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther* 44(3): 657-665.

Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, Fleck M, Manfro GG. 2006. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive-behavior therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom* 75(3):183-186.

Hoffart A, Hedley LM. 1997. Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *J Anxiety Disord* 11 (1): 77-87.

Hofmann SG, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM, Hershberger D, Patterson M et al. 1998. Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress Anxiety* 8(1): 14-20.

Ito LM, Gorenstein C, Gentil V, Miyakawa E. 1995. Minnesota Multiphasic Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment. *Braz J Med Biol Res* 28: 961-965.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. 2006. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *J Anxiety Disord* 20: 408-426.

Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, Pratt LA, Gollan BA, Massion AO et al. 1994. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis* 182: 290-296.

Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG et al. 2004. Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. *J Nerv Ment Dis* 192(1): 58-64.

Kipper LC, Blaya C, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG et al. 2005. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 193(9): 619-624.

Kipper L, Blaya C, Wachleski C, Dornelles M, Salum GA, Heldt E, Manfro GG. 2007. Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients. *Eur Psychiatry* 22(2): 87-91.

Lecrubier Y. 1998. The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 8): 11-16.

Manfro GG, Otto MW, Mc Ardle ET, et al. 1996. Relationship of Precipitant Life Events and Childhood History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *J Affect Disord* 41:135-139.

Marchand A, Wapler M. 1993. Effect of personality disorders on response to cognitive behavioral therapy of panic disorder with agoraphobia. *Can J Psychiatry* 38(3): 163-166.

Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. 2006. Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: a 1-year naturalistic study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30(7): 1240-1245.

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. 2006. The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 114(3): 203-210.

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C. 2006. Predictors of symptom resolution in panic disorder after one year of pharmacological treatment: a naturalistic study. *Pharmacopsychiatry* 39(2): 60-65.

Marshall JR. 1996. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bull Menninger Clin* 60: A39-53.

Massion AO, Dyck IR, Shea T, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. 2002. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 434-440.

Mennin DS, Heimberg RG. 2000. The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clin Psychol Rev* 20(3): 339-357.

Noyes R Jr, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. 1990. Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 47(9):809-818.

Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, et al. 1990. Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings From the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 51:12 (suppl A): 12-16

Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS. 1992. Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. *Compr Psychiatry* 33(2): 78-83.

Pollack MH, Smoller JW. 1995. The Longitudinal Course and Outcome of Panic Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 18 (4): 785-801.

Pollack MH, Marzol PC. 2000. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *J Psychopharmacol* 14(2): S25-S30.

Pollack MH, Rapaport MH, Clary CM, Mardekian J, Wolkow R. 2000. Sertraline Treatment of Panic Disorder: Response in Patients at Risk for Poor Outcome. *J Clin Psychiatry* 61: 922-927.

Pollack MH, Rapaport MH, Fayyad R, Otto MW, Nierenberg AA, Clary CM. 2002. Early improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *J Psychiatr Res* 36: 229-236.

Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F, Otto MW. 2003. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J Psychopharmacol* 17(3):276-282.

Prazko J, Houbova P, Novak T, Zalesky R, Espa-Cervena K, Paskova B, et al. 2005. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder – comparison study. *Neuro Endocrinol Lett* 26(6): 667-674.

Rapaport MH, Rubin WR, Hackett E, Pollack M, Otta KY. 2001. Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatr Scand* 104: 289-298.

Reich J, Troughton E. 1988. Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects. *Psychiatry Res* 26: 89-100.

Reich J. 1990. The effect of personality on placebo response in panic patients. *J Nerv Ment Dis* 178(11): 699-702.

Reich J, Green AI. 1991. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis* 179(2): 74-82.

Reich J. 2003. The effect of axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *J Personal Disord* 17(5): 387-405.

Rubio G, Lopez-Ibor JJ Jr. 2007. What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *Eur Psychiatry* 22 (2): 80-86.

Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. 1993. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 150:859-866.

Simon NM, Safren SA, Otto MW, Sharma SG, Lanka GD, Pollack MH. 2002. Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *J Affect Disord* 69(1-3): 201-208.

Slaap BR, den Boer JA. 2001. The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 14(2): 112-122.

Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D. 1996. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 37: 75-79.

Starcevic V, Uhlenhuth EH. 1998. Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 18, 6 (suppl 2): 1S.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. 2002. Temperament, Character and Personality Disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 106(3): 189- 195.

Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L, Paludo A, Salgado AP, Manfro GG. 2007. Temperament and Character in Patients with Panic Disorder: a case-control study in the Brazilian population. Submitted.

Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA, Gullberg C. 2005. Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder? *Compr Psychiatry* 46(4): 311-314.

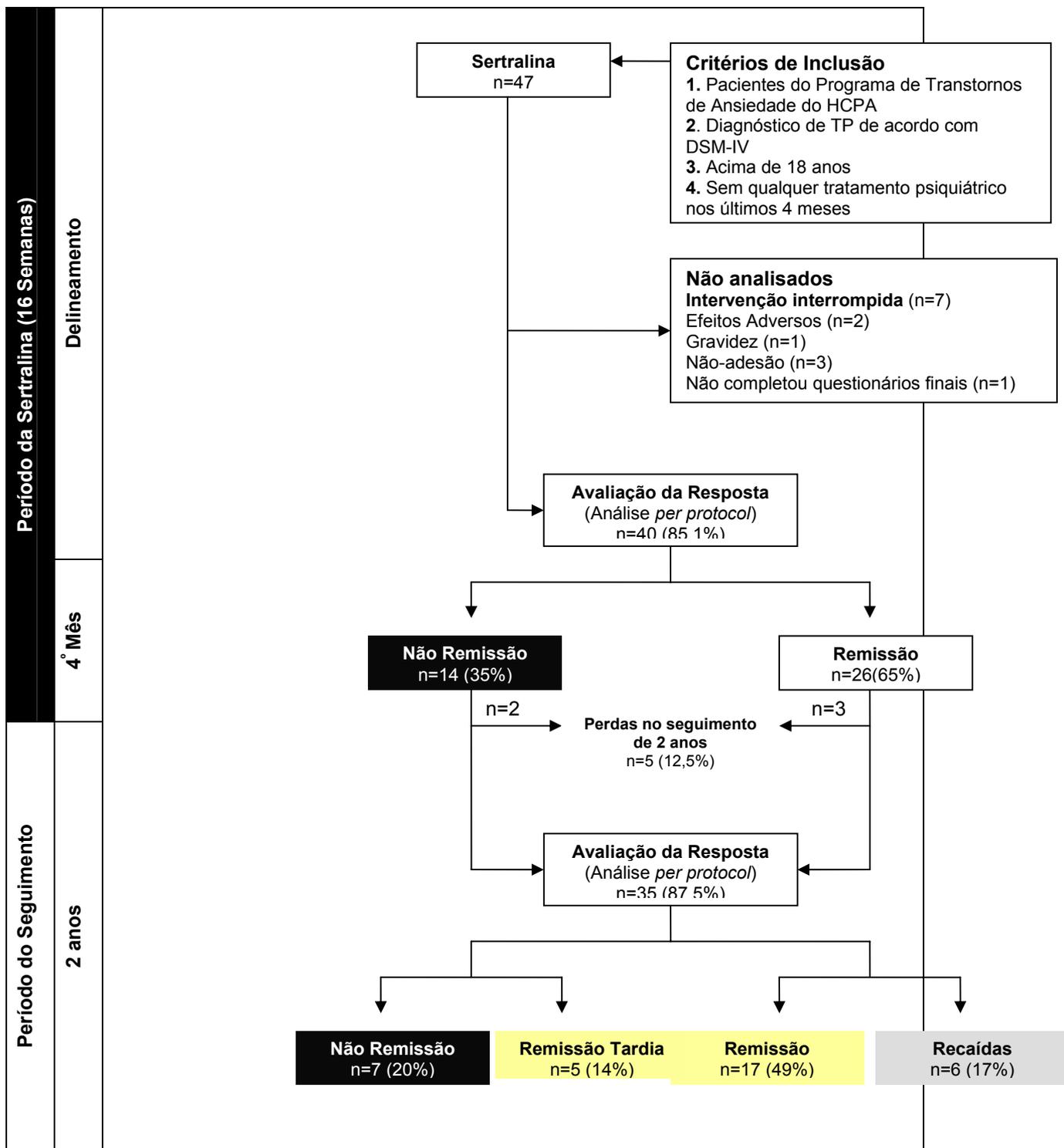


Figura 1 Diagrama de fluxo mostrando os resultados das respostas agudas à sertralina e o seguimento de 2 anos

Tabela 1. Medidas de gravidade dos sintomas ao longo do período do estudo (n=35).

	Basal	4 meses	2 anos	Valor-p	Basal para o seguimento de 2 anos	
					Diferenças entre as médias (IC95%)	TE
CGI	4,43±0,88	2,26±1,07*	2,09±1,01*	<,001 [¶]	-2,34 (-1,94 a -2,75)	1,98
Ataques de Pânico	35 (100)	7 (20)*	10 (29)*	<,001 [‡]	--	--
Agorafobia	7,06±2,87	2,86±3,09*	3,14±3,21*	<,001 [¶]	-3,91 (-2,52 a -5,30)	0,97
Ansiedade Antecipatória	8,40±2,32	3,20±3,12*	3,20±3,36*	<,001 [¶]	-5,20 (-3,83 a -6,57)	1,30
Hamilton-Ansiedade	26,14±5,62	10,09±6,41*	12,49±5,76*	<,001 [¶]	-13,66 (-10,82 a -16,49)	1,15

Nota: Os valores representam frequência (porcentagem) e média ± DP. CGI, Impressão Clínica Global; TE, Tamanho de Efeito (Fórmula de Cohen); IC95% Intervalo de Confiança 95%

[¶] ANOVA Medidas Repetidas com ajuste de Bonferroni para comparações múltiplas [‡] valor-p de Cochran

Não houve diferenças entre valores-p calculados por ANOVA Medidas Repetidas e o teste de Friedman (todos <,001)

Análise *Post Hoc*: *Diferenças relacionadas ao basal; † Diferenças relacionadas aos 4 meses de tratamento.

Tabela 2. Fatores de Temperamento e Caráter no TCI associados a estar em remissão no seguimento de 2 anos após 4 meses de tratamento farmacológico em pacientes com TP.

	Remissão		Estatística	
	Em remissão n=22 (62,9%)	Não-remissão N=13 (37,1%)	Diferenças entre as medias (IC95%)	Valor- p
Inventário de Temperamento e Caráter				
Busca de Novidade	18,0±3,99	21,6±3,75	3,57 (0,79 a 6,35)	0,013*
Evitação de Dano	19,1±5,61	23,8±5,77	4,71 (0,681 a 8,74)	0,024*
Dependência de Gratificação	14,9±3,64	14,8±3,74	-0,02 (-2,63 a 2,60)	0,989
Persistência	4,5±1,68	4,2±1,16	-0,31 (-1,39 a 0,76)	0,519
Autodirecionamento	32,3±5,70	24,5±8,77	-7,78 (-12,74 a -2,81)	0,003*
Cooperatividade	32,4±4,98	31,1±4,33	-1,29 (-4,67 a 2,10)	0,429
Autotranscendência	12,2±5,48	14,5±5,12	2,36 (-1,46 a 6,17)	0,211

Nota: Valores representam a média ± DP. IC, Intervalo de Confiança 95%. Variáveis contínuas com distribuição normal foram avaliadas pelo teste t de Student para amostras independentes. A significância para esta análise exploratória foi **p<0,05**.

8 DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

8.1 EVENTOS

Tema livre em 2005

Trauma e Estilo Defensivo como Preditores de Resposta ao Tratamento Farmacológico em Pacientes com Transtorno do Pânico

- VII Jornada Gaúcha de Psiquiatria e Pré-Congresso do XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria

Pôster em 2005

Trauma e Estilo Defensivo como Preditores de Resposta ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes com Transtorno do Pânico

- XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria

Pôster em 2007

Padrão de Personalidade no Transtorno do Pânico Antes e Depois de Tratamento Medicamentoso

- XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria
- 27ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Personalidade no Transtorno do Pânico – Associação com Gravidade e Resposta ao Tratamento

- XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria

8.2 PUBLICAÇÕES EM ANAIS

- *Trauma e Estilo Defensivo como Preditores de Resposta ao Tratamento Medicamentoso em Pacientes com Transtorno do Pânico*. Resumos do XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, p.417.
- *Padrão de Personalidade no Transtorno do Pânico Antes e Depois de Tratamento Medicamentoso*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 29 (supl especial): S20, 2007.
- *Padrão de Personalidade no Transtorno do Pânico Antes e Depois de Tratamento Medicamentoso*. Revista HCPA, 27 (Supl 1): 147, 2007.

8.3 ARTIGOS PUBLICADOS

- *Transtornos de Personalidade em Pacientes com Transtorno do Pânico – implicações no diagnóstico, curso e prognóstico*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 23 (3): 188-195.
- *Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients*. European Psychiatry, 22: 87-91, 2007.

9. LIMITAÇÕES

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados:

- o pequeno tamanho da amostra e o fato de ela ser uma amostra mais representativa de pacientes psiquiátricos e não de pacientes de assistência primária ou comunitária não permitem a generalização dos achados;

- o tamanho amostral reduzido também não permitiu controlar todas as variáveis na análise dos dados;

- como o MMPI não foi aplicado novamente na avaliação de seguimento de 2 anos, não foi possível avaliar se houve alterações adicionais no funcionamento da personalidade após um período maior de remissão dos sintomas;

- como o TCI foi incluído apenas na avaliação de 2 anos, sua avaliação só pode ser associada ao estado de remissão de sintomas, não podendo ser considerada como preditora de resposta;

- limitações pertinentes aos próprios instrumentos de avaliação da personalidade incluídos no estudo, devem ser consideradas, como o fato de serem sujeitos à influência dos sintomas e de serem auto-aplicados;

- na avaliação de 2 anos, a perda amostral não permite concluir que alguns dados possam ter sido afetados pelas diferenças evidenciadas entre os pacientes que foram encontrados e os que não foram encontrados, embora essas diferenças não tenham sido em seus aspectos de personalidade;

- a ausência de avaliações entre o final dos 4 meses após a intervenção e o seguimento de 2 anos não permite o estudo mais detalhado em relação ao curso intermediário da doença desses pacientes.

10. CONCLUSÕES

- Pacientes com TP demonstraram um padrão neurótico de personalidade, avaliado pelo MMPI e PDQ, que se apresentou exacerbado na fase de sintomas agudos, portanto influenciado por sintomas, mas que se mostrou permanente após a remissão total dos sintomas do pânico, comparados a indivíduos-controles. Esse perfil de personalidade caracterizou-se por traços da tríade neurótica (hipocondria, depressão, histeria), psicastenia e transtorno de personalidade evitativa/esquiva. Esse resultado evidencia que existem características exacerbadas dependentes do estado de ansiedade (estado) e, ao mesmo tempo, representam traços que podem fazer parte de uma maneira mais estável de o indivíduo lidar com conflitos (traço), os quais podem representar traços pré-mórbidos de vulnerabilidade na personalidade. O delineamento deste estudo, no entanto, não permite concluir se o nível de funcionamento da personalidade voltou ao que era antes do início da doença. Essa é uma questão que só poderia ser respondida de forma definitiva com estudos prospectivos de longa duração, que permitissem avaliar se essas

características encontradas no perfil de personalidade dos pacientes que segue diferente dos controles são pré-mórbidas ou se poderiam ser efeitos ou “seqüelas” de terem tido episódios de TP.

- Neste estudo, o MMPI mostrou-se mais influenciado por sintomas do que o PDQ, possivelmente pela existência de alguns itens nessa escala que medem também sintomas clínicos de transtornos de eixo I. Não se mostrou, porém, uma medida inválida, já que as mudanças estatisticamente significativas antes e depois do tratamento foram de pequena magnitude e o perfil que pareceu predominante se manteve em níveis altos nos pacientes com TP e diferentes dos controles.

- Esse perfil do MMPI e do PDQ, demonstra que, na amostra de pacientes com TP objeto deste estudo, o padrão de personalidade é formado pelas seguintes características: preocupação excessiva com funções corporais e saúde, indivíduos queixosos, exigentes, autocentrados, com sentimentos de desamparo, desconforto interno e de conflito entre dependência/independência, que têm uma forma imatura de lidar com problemas da vida adulta, baixa auto-estima, sentimentos pessimistas relacionados ao futuro, apreensão, perfeccionismo, ruminções e preocupações supervalorizadas por mínimas causas, dúvidas excessivas e rigidez, resistência a admitir uma explicação psicológica para seus problemas, evitação da consciência de conflitos internos e tendência a resolver problemas e sentimentos de ansiedade mediante o desenvolvimento de sintomas físicos, um padrão pior de relacionamentos interpessoais, introversão, medo da crítica e da rejeição e de arriscar-se em novas situações.

- Na fase aguda, os pacientes com TP mostraram uma boa resposta ao tratamento medicamentoso. Na resposta em curto prazo, foram fatores preditores de resposta: maior gravidade, idade de início mais precoce da doença e defesas imaturas. Os traços de personalidade e a história de trauma, após o controle para esses fatores, não permaneceram como preditores de resposta aguda.

- Na fase aguda, os pacientes com maiores traços de personalidade da linha depressiva, paranóide, de psicastenia e esquizofrenia no MMPI são pacientes mais graves. O trauma, por sua vez, associou-se ao início mais precoce do TP. É possível que os traços de personalidade e o trauma possam fazer parte da linha causal de influência de desfecho por meio da precipitação do início mais precoce da doença e do aumento da gravidade.

- No seguimento de 2 anos, evidenciou-se que, embora os pacientes apresentem uma boa resposta ao tratamento agudo farmacoterápico e que essa se mantenha, esses pacientes apresentam uma alta taxa de cronicidade (recaídas e não-resposta), ainda que a grande maioria se mantenha em tratamento continuado aos 2 anos de avaliação.

- Na avaliação do estado sintomático em longo prazo observou-se maior ênfase nos fatores ligados a aspectos mais permanentes do funcionamento, como os fatores de personalidade (temperamento e caráter) e as defesas da linha neurótica.

- O estudo sugere que em pacientes com traços patológicos comórbidos de personalidade, bem como de outros fatores de vulnerabilidade (uso de defesas neuróticas e imaturas, idade precoce de início da doença e maior gravidade), seja necessário ampliar as estratégias de tratamento do TP para evitar cronicidade. Pode-se considerar que esses pacientes precisem de tratamentos mais prolongados, adicionando novos “ingredientes” aos tratamentos já existentes. Nesse sentido, uma hipótese para estudos futuros seria aprimorar o estudo da contribuição dos aspectos psicodinâmicos na avaliação desses pacientes, assim como da psicoterapia psicodinâmica e de outras técnicas psicoterápicas no tratamento dos mesmos.

- Por fim, o estudo chama a atenção para a importância da consideração de fatores de vulnerabilidade e de funcionamento global do indivíduo no momento da avaliação inicial do paciente, da escolha do tratamento a ser empregado, bem como em qualquer momento do seu acompanhamento, para que se possa ir além da compilação de sintomas e critérios diagnósticos e do esbatimento em curto prazo desses sintomas, enfatizando outros fatores que possam ser de importância fundamental para o bom funcionamento do indivíduo. O entendimento da pessoa de forma individual e de seu desenvolvimento pode ser tão importante para o seu tratamento quanto o conhecimento de transtornos específicos ou o do domínio de técnicas específicas.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
 Serviço de Psiquiatria
 Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as características de personalidade e modo de ser em pacientes com Transtorno do Pânico, comparando-os com indivíduos sem problemas psiquiátricos, que estão em acompanhamento no Serviço de Medicina Ocupacional. Para participar da pesquisa você será convidado a responder perguntas e escalas sobre características de seu jeito de ser, sintomas do transtorno do pânico, sintomas de ansiedade e depressão atuais e sintomas de ansiedade na infância.

A avaliação constará de três entrevistas no início do estudo, de cerca de uma hora cada, e avaliações nas semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16. Na semana 16, serão novamente realizadas três entrevistas para reaplicação das escalas.

Para o tratamento da síndrome do pânico você receberá tratamento medicamentoso com sertralina, na dose inicial de 25 mg/dia, que será ajustada conforme sua necessidade. A sertralina é uma medicação já aprovada para o tratamento do Transtorno do Pânico.

Os possíveis efeitos colaterais desta medicação podem ser: boca seca, diarreia, dor de cabeça, insônia, disfunção sexual e ansiedade na fase inicial. Estes efeitos serão avaliados e manejados pelos responsáveis pelo projeto. Em qualquer momento, o tratamento poderá ser descontinuado se estes efeitos forem intoleráveis, sem prejuízo no seguimento do seu tratamento.

Eu,....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

O (a) pesquisador(a).....certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,.....de.....de.....
 Assinatura do paciente:.....
 Assinatura do pesquisador:.....

Contato com pesquisador: Leticia Kipper – Fone: 3168272-Ambulatório HCPA – Zona 7

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Controles

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
 Serviço de Psiquiatria
 Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as características de personalidade e modo de ser em pacientes com Transtornos de Ansiedade (Transtorno do Pânico), comparando-os com indivíduos sem Transtorno do Pânico ou outros problemas psiquiátricos, que estão em acompanhamento no Serviço de Medicina Ocupacional, e que servirão apenas como grupo controle do estudo. Para participar da pesquisa você será convidado a responder perguntas e escalas sobre características de seu jeito de ser, sintomas de ansiedade na infância, sintomas de ansiedade e depressão atuais. A avaliação constará de três entrevistas no início do estudo e uma entrevista após 4 meses, de cerca de uma hora cada.

A participação no presente estudo não implica qualquer prejuízo em seu tratamento no HCPA. Os voluntários terão, ao final do estudo, o resultado das escalas sobre o seu perfil de personalidade. Se detectado, através das escalas utilizadas, a presença de doença psiquiátrica, será fornecida orientação e encaminhamento para tratamento adequado.

Eu,....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.

O (a) pesquisador(a).....certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,.....de.....de.....

Assinatura do paciente:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Contato com pesquisador: Leticia Kipper – Fone: 3168272

Ambulatório HCPA – Zona 7

APÊNDICE 3

Questionário Dados Gerais Pacientes

Avaliação inicial

QUESTIONÁRIO – PACIENTES COM TR. PÂNICO

1. Nome: _____
2. Nº: _____
3. Prontuário: _____
4. Endereço: _____
5. Fone: _____
6. Sexo:
 - (1) feminino (2) masculino
7. Cor: _____
8. Idade: _____
9. Grau de instrução:
 - (1) 1º grau incompleto
 - (2) 1º grau completo
 - (3) 2º grau incompleto
 - (4) 2º grau completo
 - (5) 3º grau incompleto
 - (6) 3º grau completo
10. Renda familiar (em S.M.):
 - (1) até 1
 - (2) de 1 a 5
 - (3) de 5 a 10
 - (4) mais de 10
11. Estado marital:
 - (1) solteiro
 - (2) casado
 - (3) divorciado/separado
 - (4) viúvo
12. História Familiar Psiquiátrica (tto. psiq., medic., hospit., suicídio, drogas/álcool):
 - (1) sim (2) não
13. Qual transtorno:
14. Qual familiar:
15. Doença física crônica atual:
 - (1) sim (2) não
16. Qual?
17. Traumas antes dos 18 anos:
 - (1) divórcio ou separação dos pais
 - (2) morte de um ou ambos os pais
 - (3) abuso físico
 - (4) abuso sexual
18. Evento estressor no último ano (mudança, troca de emprego, morte, separação, etc.):
 - (1) sim (2) não
19. Qual?
20. Você relaciona este evento ao início dos sintomas?
 - (1) sim (2) não
21. Idade do início dos sintomas:

APÊNDICE 4

Questionário Dados Gerais Controles

QUESTIONÁRIO – GRUPO CONTROLE

1. Nome: _____
2. Nº: _____
3. Prontuário: _____
4. Endereço: _____
5. Fone: _____
6. Sexo:
 (1) feminino (2) masculino
7. Cor: _____
8. Idade: _____
9. Grau de instrução:
 (1) 1º grau incompleto
 (2) 1º grau completo
 (3) 2º grau incompleto
 (4) 2º grau completo
 (5) 3º grau incompleto
 (6) 3º grau completo
10. Renda familiar (em S.M.):
 (1) até 1
 (2) de 1 a 5
 (3) de 5 a 10
 (4) mais de 10
11. Estado marital:
 (1) solteiro
 (2) casado
 (3) divorciado/separado
 (4) viúvo
12. História Familiar Psiquiátrica (tto. psiq., medic., hospit., suicídio, drogas/álcool):
 (1) sim (2) não
13. Qual transtorno:
14. Qual familiar:
15. Doença física crônica atual:
 (1) sim (2) não
16. Qual?
16. Traumas antes dos 18 anos:
 (1) divórcio ou separação dos pais
 (2) morte de um ou ambos os pais
 (3) abuso físico
 (4) abuso sexual
17. Evento estressor no último ano (mudança, troca de emprego, morte, separação, etc.):
 sim (2) não
16. Qual?

APÊNDICE 5

Questionário seguimento de 2 anos pacientes

PROTOCOLO DE PESQUISA

A. DADOS DEMOGRÁFICOS:

1. Nome: _____
2. Sexo (1) M ; (2) F _____
3. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos
4. Prontuário: _____
5. Endereço: _____
CEP: _____
6. Fones: Res: _____ Comercial: _____ Celular: _____
7. Nível de Instrução: _____ Anos de estudo: _____
(1 = 1º Grau Incompleto; 2 = 1º Grau Completo; 3 = 2º Grau Incompleto; 4 = 2º Grau Completo; 5 = 3º Grau Incompleto; 6 = 3º Grau Completo; 7 = Pós-graduação; 8 = Outros).

B - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO:

- 1- Procedência:**
(1 = POA; 2 = GPOA; 3 = Interior; 4 = Outros estados; 5 = Estrangeiro).
- 2- Situação conjugal atual:**
(1 = solteiro; 2 = casado/marital; 3 = separado/divorciado; 4 = viúvo).
- 3- Com quem vive atualmente?**
(1 = sozinho; 2 = c/ pais; 3 = c/ cônjuge; 4 = c/ filhos; 5 = c/ familiares; 6 = em Instituição; 7 = outro).
- 4- Ocupação:**
(1 = estudante; 2 = empregado; 3 = c/ ocupação; 4 = desempregado; 5 = do lar; 6 = auxílio-doença; 7 = aposentado por invalidez; 8 = aposentado por tempo de serviço).
- 5- Renda individual (em salários mínimos):** R\$ _____
- 6- Renda familiar:** R\$ _____
- 7- Nível sócio-econômico segundo IBGE:**

ÍTEM	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família

Instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/ Ensino fundamental incompleto	0
Ensino fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	3
Ensino médio completo/ Ensino superior incomp.	5
Ensino superior completo	10
Classe A: 35 ou + pontos (1)	Classe D: 5-9 pontos (4)

Classe B: 21-34 pontos (2)

Classe E: 0-4 pontos (5)

Classe C: 10-20 pontos (3)

C. DADOS GERAIS

1. Idade de aparecimento dos sintomas: ____ anos.

2. Tempo de duração da doença: ____ anos.

3. História familiar para doença psiquiátrica:

(1= T. Pânico; 2=T. Ansiedade; 3=T. Humor; 4= Dep. Químico; 5= Outra; 6= Não sabe; 7=Não tem).

4. Grau de parentesco:

(1= Mãe; 2= Pai; 3= Irmãs; 4= Irmãos; 5= Avós maternos; 6=Avós paternos; 7= Tios maternos; 8= Tios paternos; 9= Primos maternos; 10= Primos paternos; 11= Filhas; 13= Filhos; 14: Não sabe; 15= Não tem).

5. Primeiro Ataque:

(1= Espontâneo; 2= Situacional; 3=Não sabe; 4=Não tem).

6. Associação com fator estressor e o início da doença:

(1= Sim; 2= Não; 3= Não sabe).

7. Categoria de eventos vitais:

1= Trabalho (mudança de trabalho, dificuldade com a chefia, perda de emprego, reconhecimento profissional);

2= Perda de suporte social (morte de alguém da família, morte de um amigo, morte de um cônjuge);

3= Família (doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família);

4= Mudanças no ambiente (mudança na escola, mudança de casa, mudança do número de pessoas morando na casa);

5= Dificuldades pessoais (problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais, mudanças de atividades sociais, mudanças recreativas, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais, aposentadoria);

6= Finanças (perdas financeiras, dívidas).

7= Não teve

Tempo	Evento (descrever)	Categoria
Início doença		
1 ano antes do tratamento		

D. TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E/OU PSICOTERAPIA

	Medicação	Dosagem	Tempo de uso
Baseline			
4 meses			

1 ano			
2 anos			
TERAPIA (1= psicoterapia clínica individual; 2= Psicoterapia em grupo; 3= Psicoterapia psicodinâmica; 4= sem psicoterapia).			<u>Duração</u>
1 ano			
2 anos			

E. RESULTADOS DAS ESCALAS

1. Escalas

	BASELINE	4 MESES	2 ANOS
CGI			
Ataques completos			
Ataques Incompletos			
Espontâneos			
Situacional			
Agorafobia			
Ansiedade antecipatória			
HAM-A			
HAM-D			

2. M.I.N.I

MÓDULOS	SIM	NÃO
A Episódio Depressivo Maior (EDM) - atual (2 últimas semanas) + vida inteira		
A' EDM com características melancólicas – atual (2 últimas semanas)		
B Distímia –atual (2 últimos anos)		
C Risco de Suicídio – atual (último mês)		
D Episódio (Hipo) maníaco - atual + vida inteira		
E Transtorno do Pânico - vida inteira + atual (último mês)		
F Agorafobia - (atual)		
G Fobia Social - atual (último mês)		
H Transtorno Obsessivo-Compulsivo - atual (último mês)		
I Transtorno de Estresse Pós-traumático – atual (último mês)		
J Dependência / Abuso de álcool – Atual (últimos 12 meses)		

K Dependência / Abuso de substância(s) (não alcoólicas) – Atual (últimos 12 meses)		
L Síndrome Psicótica – vida inteira + atual		
M Anorexia Nervosa – atual (últimos 3 meses)		
N Bulimia Nervosa - atual (últimos 3 meses)		
O Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual (últimos 6 meses)		
P Transtorno da Personalidade Anti-social – vida inteira		

Doenças Clínicas: _____

Medicações Clínicas: _____

ANEXO A

Inventário do Pânico, GCI, Hamilton – Ansiedade, Hamilton - Depressão

Inventário do Pânico

Nome: _____

ESCORES HAM- A: _____ ICG: _____

INVENTÁRIO PÂNICO

	Espontâneas	Situacionais
Completa (4 ou + sint.)		
Incompleta (- de 4 sint.)		

Duração média das crises(min): _____

Intensidade média das crises (0-10): _____

Agorafobia (0-10): _____

Ansiedade Antecipatória(0-10): _____

Medicação: _____

Dose: _____

Efeitos Adversos: _____

Plano: _____

CGI – Impressão Clínica Global

CGI	Intensidade dos Sintomas	Nível de Ansiedade	Nível de Evitação	Nível de Funcionamento	Adicionais
1 Ausente	(1) Nenhuma	(1) Nenhuma	(1) Nenhum	(1) Nenhum Sem dificuldades	(1) Nenhum
2 Limítrofe	(2) Limítrofe Nenhuma à Leve ≤1 x ao mês	(2) Limítrofe Nenhuma à Leve Ansiedade Antecipatória Infrequente (sem outros medos)	(2) Limítrofe Nenhum	(2) Limítrofe Sem efeito no funcionamento; angústia em relação aos sintomas	(2) Limítrofe Sem SPA para auto-medicação
3 Leve	(3) Leve ≤ 1 x semana >1 x ao mês	(3) Leve Ansiedade Antecipatória Infrequente Medos Leves	(3) Leve Apenas atividades infrequentes; sem consequências	(3) Leve Sem efeito significativo Leve preocupação e angústia em relação aos sintomas	(3) Leve Sem drogas para auto-medicação
4 Moderado	(4) Moderado > 1 x semana	(4) Moderado > 1 x semana	(4) Moderado >1 x semana Algumas atividades sociais necessárias são evitadas	(4) Moderado Sem diminuição significativa no desempenho de papéis. Faz algum esforço para manter o desempenho normal	(4) Moderado Pode se auto- medicar
5 Grave	(5) Grave Quase diariamente Gravidade significativa	(5) Grave Quase diariamente	(5) Grave Algumas atividades sociais necessárias e desejadas são evitadas	(5) Grave Prejuízo no desempenho de papéis necessários. Pode necessitar de assistência	(5) Grave Alguma desadaptação familiar
6 Muito Grave	(6) Muito grave Diariamente com pequena mudança de intensidade	(6) Muito grave Diariamente	(6) Muito grave Evita diariamente. Não pode fazer muitas atividades necessárias e desejadas	(6) Muito Grave Prejuízo grave no desempenho de papéis necessários (largou emprego, foi demitido, p.ex.)	(6) Muito Grave Relacionamentos pessoais podem estar extremamente desadaptados
7 Extremamente Grave	(7) Extremamente Grave Incapacitante	(7) Extremamente Grave Incapacitante	(7) Extremamente Grave Não sai de casa ou está hospitalizado devido ao TP ou evitações incapacitantes	(7) Extremamente Grave Prejuízo total no desempenho de papéis	(7) Extremamente Grave Entre os pacientes extremamente doentes

ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE

Com escore padronizado

ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = Um ou mais sintomas máximos OU mais que 2 sintomas fortes FORTE = Um ou mais sintomas fortes OU mais que 2 sintomas médios MÉDIO = Um ou mais sintomas médios OU mais que 2 sintomas leves LEVE = Qualquer sintoma leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO – () inquietude, () temor do pior, () apreensão quanto ao futuro ou presente, () irritabilidade					
TENSÃO - () sensação de tensão, () fadigabilidade, () tremores, () choro fácil, () incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto					
MEDO - () de escuro, () de desconhecidos, () de multidão, () de ser abandonado, () de animais grandes, () de trânsito					
INSÔNIA - () dificuldade de adormecer, () sonhos penosos, () sono interrompido, () sono insatisfatório, () fadiga ao acordar, () pesadelos, () terrores noturnos					
DIFICULDADES INTELLECTUAIS - () dificuldade de concentração, () distúrbios de memória					
HUMOR DEPRESSIVO - () perda de interesse, () humor variável, () indiferença às atividades de rotina, () despertar precoce, () depressão					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - () dores e lassidão muscular, () rigidez muscular, () mioclonias, () ranger de dentes, () voz insegura					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - () visão turva, () ondas de calor ou frio, () sensação de fraqueza, () sensação de picada, () zumbidos					
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - () taquicardia, () palpitações, () dores pré-cordiais, () batidas, () pulsações arteriais, () sensação de desmaio					
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS - () sensação de opressão, () dispnéia, () constrição torácica, () suspiro, () bolo faríngeo					
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzinamento, () náuseas, () vômitos, () cólicas diarréias, () constipação, () perda de peso					
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - () micções freqüentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorréia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência à sudação, () vertigens, () cefaléia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 ppm					
TOTAL					

ESCALA DE HAMILTON – DEPRESSÃO

Nome: _____ Prontuário: _____

Data: _____ Sessão: _____

ÍTEM	ESCORE
1. Humor depressivo	0 1 2 3 4
2. Sentimento de culpa	0 1 2 3 4
3. Suicídio	0 1 2 3 4
4. Insônia inicial	0 1 2
5. Insônia intermediária	0 1 2
6. Insônia tardia	0 1 2
7. Trabalho e atividades	0 1 2 3 4
8. Retardo	0 1 2 3 4
9. Agitação	0 1 2 3 4
10. Ansiedade psíquica	0 1 2 3 4
11. Ansiedade somática	0 1 2 3 4
12. Sintomas somáticos Gastrointestinais	0 1 2
13. Sintomas somáticos gerais	0 1 2
14. Sintomas genitais	0 1 2
15. Hipocondria	0 1 2 3 4
16. Alteração de peso	0 1 2
17. Crítica (insight)	0 1 2
Escore total HAM-D 17 itens:	
18. Variação diurna	0 1 2
19. Despersonalização e desrealização	0 1 2 3 4
20. Sintomas paranóides	0 1 2 3 4
21. Sintomas obsessivos e compulsivos	0 1 2 3 4
Escore total HAM- D 21 itens:	

ANEXO B

Diagnósticos do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Resultados do M.I.N.I

MÓDULOS	SIM	NÃO
A Episódio Depressivo Maior (EDM) - atual (2 últimas semanas)		
Episódio Depressivo Maior – passado		
B Distímia –atual (2 últimos anos)		
C Risco de Suicídio – atual (último mês)		
D Episódio (Hipo)maníaco - atual + vida inteira		
E Transtorno do Pânico - vida inteira + atual (último mês)		
F Agorafobia - (atual)		
G Fobia Social - atual (último mês)		
H Transtorno Obsessivo-Compulsivo – atual (último mês)		
I Transtorno de Estresse Pós-traumático – atual (último mês)		
J Dependência / Abuso de álcool – Atual (últimos 12 meses)		
K Dependência / Abuso de substância(s) (não alcoólicas) – Atual (últimos 12 meses)		
L Síndrome Psicótica – vida inteira + atual		
M Anorexia Nervosa – atual (últimos 3 meses)		
N Bulimia Nervosa - atual (últimos 3 meses)		
O Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual (últimos 6 meses)		
Retardo mental – testagem psicologia		

ANEXO C
Defense Style Questionnaire
DSQ – 40

DSQ-40 – DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

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

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isto, eu fico deprimido

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

6. As pessoas tendem a me tratar mal

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

13. Eu sou uma pessoa muito inibida

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que com a vida real

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

18. Eu não tenho medo de nada

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo que não gosto

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

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

Discordo Completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo Plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

ANEXO D

Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade

MMPI

(Direitos reservados - reprodução proibida)



**MMPI - INVENTÁRIO MULTIFÁSICO MINNESOTA DE
PERSONALIDADE
FOLHA DE RESPOSTAS**

Nome
 Idadea Data do Nascimento/...../.....
 Naturalidade Estado Civil
 Sexo: Masculino () Feminino ()
 Instrução: Fundamental () Médio () Superior () Completo () Incompleto ()
 Profissão / Curso
 Ocupação Atual

Nº
 Data da Prova/...../.....
 Apurador
 Examinador.....

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566				
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Guia do Crivo Guia do Crivo

Pontos { ?= _____ L= _____ F= _____ K= _____
 { Hs= _____ D= _____ Hy= _____ Pd= _____ Mf= _____
 { Pa= _____ Pt= _____ Sc= _____ Ma= _____ Si= _____

ANEXO E
Personality Diagnostic Questionnaire
PDQ – IV

PDQ – IV**LEIA COM ATENÇÃO:**

O objetivo deste questionário é que você possa descrever o tipo de pessoa que você é. Quando estiver respondendo as questões, você deve pensar em como você se sente, pensa ou tem agido nos últimos anos.

Considere o seu modo de ser ao longo da vida e não apenas nos últimos tempos.

Considere verdadeiras somente as frases que se aplicam ao seu estado habitual, e não em períodos de depressão, outras doenças ou momentos especiais.

Considere verdadeiras somente as frases com situações que lhe tragam problemas ou preocupações.

V (verdadeiro) significa que a frase é geralmente verdadeira para você.

F (falso) significa que a frase é geralmente falsa para você.

Mesmo que você não tenha certeza da resposta, marque V ou F em todas as questões.

Por exemplo:

Eu sou teimoso. V F

Se, na verdade, você tem sido teimoso nos últimos anos, você deve marcar V. Se isto não for verdadeiro para você, marque F.

Não há resposta correta e você pode usar o tempo que necessitar para preencher o questionário.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Eu evito trabalhar com pessoas que possam me criticar. | V | F |
| 2. Eu não consigo tomar decisões sem me aconselhar, ou me reassegurar com os outros. | V | F |
| 3. Frequentemente eu me detenho em detalhes e acabo perdendo a noção do todo em geral. | V | F |
| 4. Eu necessito ser o centro das atenções. | V | F |
| 5. Eu tenho realizado muito mais do que é creditado a mim. | V | F |
| 6. Eu faria qualquer coisa para evitar que aqueles que eu amo nunca me deixassem. | V | F |
| 7. Eu tive problemas com a lei diversas vezes (ou teria se tivesse sido apanhado). | V | F |
| 8. Não me interessa gastar meu tempo com a família ou amigos. | V | F |
| 9. Eu recebo mensagens especiais das coisas que acontecem ao meu redor. | V | F |
| 10. Eu sei que as pessoas vão tentar tirar vantagem de mim, ou me trapacear, se eu deixar. | V | F |
| 11. Às vezes, eu fico perturbado. | V | F |
| 12. Eu faço amizade apenas quando tenho certeza de que gostam de mim. | V | F |
| 13. Eu prefiro que outras pessoas assumam responsabilidades por mim. | V | F |
| 14. Eu perco tempo tentando fazer as coisas saírem muito perfeitas. | V | F |
| 15. Eu sou mais “sexy” do que as outras pessoas. | V | F |
| 16. Frequentemente eu me pego pensando: que grande pessoa eu sou, ou serei. | V | F |
| 17. Ou eu amo, ou eu odeio alguém, nunca o meio termo. | V | F |
| 18. Eu me envolvo em muitas brigas com agressões físicas. | V | F |
| 19. Eu prefiro fazer coisas sozinho do que acompanhado. | V | F |
| 20. Eu tenho a capacidade de saber que algumas coisas vão acontecer, antes delas acontecerem. | V | F |
| 21. Frequentemente, eu gostaria de saber se as pessoas que eu conheço são realmente confiáveis. | V | F |
| 22. Ocasionalmente, eu falo das pessoas pelas costas. | V | F |
| 23. Eu sou inibido em minhas relações íntimas porque tenho medo de ser ridicularizado. | V | F |
| 24. Eu tenho medo de perder a ajuda dos outros se discordar deles. | V | F |
| 25. Eu coloco meu trabalho à frente de estar com minha família, meus amigos ou meu lazer. | V | F |
| 26. Eu demonstro minhas emoções facilmente. | V | F |
| 27. Apenas certas pessoas especiais podem me entender e me admirar. | V | F |

28. Frequentemente, eu me pergunto quem eu realmente sou.	V	F
29. Eu tenho dificuldade em pagar as contas porque não fico muito tempo nos empregos.	V	F
30. Eu simplesmente não me interesso por sexo.	V	F
31. Frequentemente eu posso perceber ou sentir coisas que os outros não podem.	V	F
32. O que eu contar aos outros vai ser usado contra mim.	V	F
33. Existem algumas pessoas das quais eu não gosto.	V	F
34. Eu sou mais sensível a críticas ou rejeição do que a maioria das pessoas.	V	F
35. Eu tenho dificuldade em iniciar coisas que eu tenha que fazer por mim mesmo.	V	F
36. Eu tenho uma consciência moral maior do que a das outras pessoas.	V	F
37. Eu uso minha aparência física para chamar a atenção que eu preciso.	V	F
38. Eu preciso muito que as outras pessoas me notem ou me elogiem.	V	F
39. Eu já tentei me machucar ou me matar.	V	F
40. Eu faço um monte de coisas sem levar em consideração as conseqüências.	V	F
41. Existem poucas atividades pelas quais eu tenho algum interesse.	V	F
42. As pessoas frequentemente têm dificuldade em entender o que eu digo.	V	F
43. Eu fico alerta para descobrir o real significado por trás do que as pessoas estão dizendo.	V	F
44. Eu nunca contei uma mentira.	V	F
45. Eu tenho medo de conhecer pessoas novas porque eu me sinto inadequado.	V	F
46. Eu quero tanto que as pessoas gostem de mim, que eu me ofereço para fazer coisas que eu preferiria não fazer.	V	F
47. Eu tenho guardadas várias coisas que eu não preciso e das quais eu não consigo me desfazer.	V	F
48. Apesar de falar muito, as pessoas dizem que eu tenho dificuldade em chegar no ponto.	V	F
49. Eu espero que as pessoas façam favores para mim apesar de eu habitualmente não fazer favores aos outros.	V	F
50. Eu sou uma pessoa muito mal-humorada.	V	F
51. Mentir é fácil para mim e frequentemente eu minto.	V	F
52. Eu não estou interessado em ter amigos íntimos.	V	F
53. Eu frequentemente estou me cuidando para que não tirem vantagem de mim.	V	F
54. Eu nunca esqueço nem perdô aqueles que me fizeram mal.	V	F
55. Uma guerra nuclear talvez não seja uma má idéia.	V	F
56. Quando estou só eu me sinto desamparado e incapaz de cuidar de mim mesmo.	V	F
57. Se os outros não podem fazer as coisas corretamente, eu prefiro fazer eu mesmo.	V	F
58. Eu tenho uma tendência a ser dramático.	V	F
59. Algumas pessoas pensam que eu tiro vantagem dos outros.	V	F
60. Eu sinto que a minha vida é vazia e sem sentido.	V	F
61. Eu não me importo com o que os outros dizem ao meu respeito.	V	F
62. Eu tenho dificuldades em conversar na intimidade com outras pessoas.	V	F
63. Frequentemente as pessoas se queixam de que eu não me dou conta que elas estão chateadas.	V	F
64. Olhando para mim, as pessoas devem achar que eu sou estranho, esquisito ou excêntrico.	V	F
65. Eu gosto de fazer coisas arriscadas.	V	F
66. Eu estou mentindo bastante neste questionário.	V	F
67. Eu tenho dificuldade em controlar a minha raiva ou meu temperamento.	V	F
68. Algumas pessoas têm inveja de mim.	V	F
69. Eu sou facilmente influenciado pelos outros.	V	F
70. Eu me vejo como econômico, mas as pessoas me vêem como pão-duro.	V	F
71. Quando um relacionamento íntimo termina, eu preciso me envolver com outra pessoa imediatamente.	V	F
72. Eu tenho baixa auto-estima.	V	F
73. Eu não perco tempo e respondo rapidamente para aqueles que me ofendem.	V	F
74. Estar próximo a outras pessoas me deixa nervoso.	V	F
75. Eu tenho medo de ficar atrapalhado frente a situações novas.	V	F
76. Eu fico aterrorizado de ser abandonado e ter que cuidar de mim mesmo.	V	F
77. As pessoas reclamam que eu sou teimoso como uma mula.	V	F
78. Eu levo os relacionamentos mais a sério do que as outras pessoas que se envolvem comigo.	V	F
79. As pessoas me consideram convencido.	V	F
80. Quando fico estressado, tenho desmaios, ou fico desconfiado.	V	F

81. Eu não me importo se os outros se magoam, contanto que eu consiga o que eu quero. V F
82. E mantenho distância dos outros. V F
83. Frequentemente, eu penso se o meu companheiro (esposo, esposa, namorado ou namorada) foi fiel a mim. V F
84. Eu tenho feito coisas por impulso, como estas abaixo, que podem me trazer problemas. V F

Marque com um X as alternativas que se aplicam a você:

- a) Gastando mais dinheiro do que eu tenho. ____
b) Fazendo sexo com pessoas que eu mal conheço. ____
c) Bebendo muito. ____
d) Usando drogas. ____
e) Comendo muito de uma vez só. ____
f) Dirigindo sem cuidado. ____
85. Quando eu era mais novo, antes dos 15 anos, eu era do tipo delinqüente, e fazia algumas das coisas abaixo:

Marque com um X as alternativas que se aplicam a você:

- a) Eu era considerado um brigão. ____
b) Eu costumava iniciar brigas com os outros. ____
c) Eu usava uma arma nas minhas brigas. ____
d) Eu roubei ou assaltei outras pessoas. ____
e) Eu era fisicamente cruel com os outros. ____
f) Eu era fisicamente cruel com animais. ____
g) Eu forcei alguém a fazer sexo comigo. ____
h) Eu mentia bastante. ____
i) Eu passava as noites fora sem permissão dos meus pais. ____
j) Eu roubava coisas dos outros. ____
k) Eu provoqueei incêndios. ____
l) Eu quebrava vidros e destruía a propriedade dos outros. ____
m) Eu fugi de casa à noite mais de uma vez. ____
n) Eu comecei a matar muitas aulas antes dos 13 anos. ____
o) Eu arrombei a casa, o prédio ou o carro de alguém. ____

ANEXO F

Inventário de Temperamento e Caráter

TCI

INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER

Nome.

Data 15 de janeiro de 2008

Neste encarte, você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas ações, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais. Cada afirmação pode ser respondida com VERDADEIRO ou FALSA. Leia as afirmações e decida: qual alternativa descreve melhor você. Tente descrever como você NORMALMENTE ou GERALMENTE age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora. Nós pedimos que você preencha este questionário à caneta. Quando você tiver terminado, por favor, devolva o encarte.

COMO RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

Para responder cada questão, basta assinalar ao lado do item a letra V, que significa VERDADEIRO, ou deixar o quadrado em branco, que significa FALSO, no quadrado junto ao número correspondente à questão. Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta. Responda a TODAS as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é VERDADEIRO ou FALSO. Lembre-se: não há respostas certas ou erradas — apenas descreva suas opiniões pessoais e sentimentos.

1. Muitas vezes, tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.
2. Em geral, confio em que tudo dará certo, mesmo em situações que deixem muitas pessoas preocupadas.
3. Muitas vezes, fico profundamente comovido(a) por uma fala delicada ou por uma poesia.
4. Muitas vezes, sinto que sou vítima das circunstâncias.
5. Geralmente, consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.
6. Acredito que milagres aconteçam.
7. Gosto de me vingar de quem me agride.
8. Muitas vezes, quando estou concentrado(a) em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo
9. Frequentemente, sinto que minha vida tem pouco objetivo ou significado.
10. Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.
11. Eu, provavelmente, conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.
12. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e preocupado(a) em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.
13. Muitas vezes, faço as coisas baseado(a) em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.
14. Geralmente, faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.
15. Muitas vezes, sinto-me tão ligado(a) às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.
16. Em geral, não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.
17. Na maioria das situações, minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.
18. Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico(a) e famoso(a), mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.
19. Sou muito mais reservado(a) e controlado(a) que a maioria das pessoas.
20. Com frequência, tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.
21. Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.
22. Tenho menos energia e me canso mais rapidamente que a maioria das pessoas.

23. Muitas vezes, sou chamado(a) de “distraído(a)”, pois fico tão envolvido(a) no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.
24. Raramente me sinto à vontade para escolher o que eu quero fazer.
25. Muitas vezes, levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.
26. Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto(a) e inativo(a) por algumas horas.
27. Muitas vezes, evito encontrar estranhos porque fico inseguro(a) com pessoas que não conheço.
28. Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.
29. Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras novas e melhoradas”.
30. Em geral, não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim, devido à falta de tempo.
31. Frequentemente, faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.
32. Muitas vezes, gostaria de ser mais esperto(a) que todos os outros.
33. Fico satisfeito(a) ao ver meus inimigos sofrerem.
34. Gosto de ser muito organizado(a) e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.
35. É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.
36. Pela repetição de certas práticas, adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.
37. Em geral, sou tão determinado(a) que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.
38. Fico fascinado(a) por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.
39. Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.
40. Muitas vezes, espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.
41. Com frequência, gasto dinheiro até “ficar liso(a)” ou então ficar cheio(a) de dívidas.
42. Acho que terei muita sorte no futuro.
43. Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.
44. Não me aborreceria de ficar sozinho(a) o tempo todo.
45. Muitas vezes, tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.
46. Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.
47. Em geral, tento conseguir o que quero para mim mesmo(a), pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.
48. Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.
49. Acho que não compreendo muitas bem as pessoas.
50. Não é preciso ser desonesto(a) para ter sucesso nos negócios.
51. Algumas vezes, sinto-me tão ligado(a) à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.
52. Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.
53. Perco a paciência mais depressa que a maioria das pessoas.
54. Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido(a) que a maioria das pessoas.
55. Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.
56. Pareço ter um “sexto sentido” que, algumas vezes, me permite saber o que está para acontecer.
57. Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.
58. Minhas atitudes são, em grande parte, determinadas por influências fora do meu controle.

59. A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.
60. Muitas vezes, gostaria de ser mais forte do que todos os outros.
61. Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.
62. Sou mais trabalhador(a) que muita gente.
63. Muitas vezes, preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.
64. Gosto de ser útil aos outros.
65. Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, sempre acho que tudo acabará bem.
66. É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.
67. Em geral, fico calmo(a) e seguro(a) em situações que, para muitas pessoas, representariam perigo físico.
68. Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo(a).
69. Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.
70. Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.
71. Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.
72. Não consigo ficar com a consciência tranquila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.
73. As pessoas geralmente me dizem como se sentem.
74. Muitas vezes, gostaria de ficar jovem para sempre.
75. Normalmente fico mais aborrecido(a) pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.
76. Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.
77. Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.
78. Tento ser atencioso(a) aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.
79. Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.
80. Provavelmente ficaria descontraído(a) e seguro(a) ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado(a) de que eles não eram cordiais.
81. Normalmente fico mais preocupado(a) com que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.
82. Em geral, penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.
83. Acho mais importante ser simpático(a) e compreensivo(a) com os outros do que ser prático(a) e racional.
84. Muitas vezes, sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.
85. Muitas vezes, gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.
86. As pessoas me controlam demais.
87. Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.
88. As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.
89. Frequentemente, aprendo muito com as pessoas.
90. A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom(boa) em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido(a).
91. Em geral, consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.
92. Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.

93. Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.
94. Não quero ser mais rico(a) que todos.
95. Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.
96. Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.
97. Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior que qualquer ser humano.
98. Geralmente, gosto de ser malvado(a) com quem foi malvado comigo.
99. Tenho reputação de ser muito prático(a) e de não agir pelas emoções.
100. É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.
101. Muitas vezes, reajo tão fortemente a notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.
102. Fico profundamente comovido(a) por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).
103. Normalmente me esforço muito mais que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor que sou capaz.
104. Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.
105. Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.
106. Muitas vezes, não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.
107. Muitas vezes, gostaria de poder parar o tempo.
108. Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.
109. Prefiro gastar dinheiro a economizá-lo.
110. Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.
111. Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.
112. Se eu ficar embaraçado(a) ou humilhado(a), supero isso rapidamente.
113. É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso(a), cansado(a) ou preocupado(a).
114. Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.
115. Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.
116. Acho que percepção extrasensorial (PES, como telepatia ou premonição) seja realmente possível.
117. Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.
118. Com frequência, fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.
119. Quase sempre estou relaxado(a) e despreocupado(a), mesmo quando quase todos estão com medo.
120. Acho filmes e canções tristes um tanto chato.
121. As circunstâncias, muitas vezes, forçam-me a fazer coisas contra a minha vontade.
122. Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.
123. Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.
124. Gostaria de ser mais gentil ao invés de me vingar quando alguém me agride.
125. Muitas vezes, fico tão encantado(a) com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado(a) naquilo —é como se eu estivesse “desligado(a)” do tempo e do espaço.
126. Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.
127. Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.
128. Estou satisfeito(a) com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.

129. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e preocupado(a) em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.
130. Muitas vezes, sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.
131. As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.
132. Muitas vezes, sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.
133. Em geral, é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.
134. Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.
135. Ter bons hábitos tornou-se uma segunda natureza “em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo”.
136. Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros saibam mais do que eu a respeito de alguma coisa.
137. Em geral, tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.
138. Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.
139. Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.
140. Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.
141. Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, freqüentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.
142. Sinto-me muito confiante e seguro(a), em quase todas as situações sociais.
143. Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.
144. Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.
145. Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.
146. Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.
147. Tenho mais energia e demoro mais a me cansar que a maioria das pessoas.
148. Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.
149. Muitas vezes, paro o que estou fazendo porque fico preocupado(a), mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.
150. Muitas vezes, gostaria de ser mais poderoso(a) que todo mundo.
151. Em geral, sou livre para escolher o que vou fazer.
152. Com freqüência, fico tão envolvido(a) no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço onde estou.
153. Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.
154. Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) que ficar quieto(a) e inativo(a) por algumas horas.
155. Como eu, freqüentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.
156. Não mudo meu jeito de ser para agradar a outras pessoas.
157. Não fico tímido(a) com estranhos de jeito nenhum.
158. Freqüentemente, cedo aos desejos dos amigos.
159. Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias, mas não realmente importantes para mim.
160. Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.

161. Muitas vezes, tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.
162. Muitos dos meus hábitos tornam difícil para eu realizar objetivos que valham a pena.
163. Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.
164. Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.
165. Quase nunca fico tão agitado(a) a ponto de perder o controle.
166. Muitas vezes, desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.
167. Prefiro começar uma conversa a ficar esperando que os outros falem comigo.
168. Na maior parte do tempo, eu perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.
169. As minhas ações são, em grande parte, determinadas por influências fora do meu controle.
170. Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.
171. Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.
172. Em geral, respeito as opiniões dos outros.
173. Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim, que me senti muito entusiasmado(a) e feliz.
174. Divirto-me em comprar coisas para mim.
175. Acredito ter eu mesmo(a) experimentado a percepção extra-sensorial.
176. Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.
177. Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.
178. De modo geral, é tolice promover o sucesso de outras pessoas.
179. Muitas vezes, gostaria de poder viver para sempre.
180. Normalmente, gosto de ficar indiferente e "desligado(a)" das outras pessoas.]
181. É mais provável eu chorar em um filme triste que a maioria das pessoas.
182. Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente que a maioria das pessoas.
183. Muitas vezes, quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.
184. Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo(a) em diversas situações tentadoras.
185. Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.
186. Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.
187. Gostaria de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.
188. Em geral, tenho sorte em tudo que tento fazer.
189. Em geral, estou certo(a) de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).
190. Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.
191. Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.
192. Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.
193. Os direitos individuais são mais importantes que as necessidades de qualquer grupo.
194. Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.
195. Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado(a) a tudo o que existe.
196. Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.

197. A maioria das pessoas parece mais desembaraçada que eu.
198. Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.
199. Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.
200. Muitas vezes, sinto-me como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.
201. Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.
202. Em geral, posso ficar ocupado(a) o dia inteiro sem ter que me forçar a isso.
203. Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.
204. Não sou muito bom(boa) em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado(a) fazendo algo errado.
205. Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.
206. O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.
207. Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos em longo prazo.
208. Acredito que toda vida dependa de algum poder ou ordem espiritual que não possam ser completamente explicados.
209. Acho que ficaria confiante e relaxado(a) ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado(a) de que eles estão zangados comigo.
210. As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.
211. Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.
212. Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.
213. Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.
214. Não quero ser mais admirado(a) que todos os outros.
215. Muitas vezes, quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.
216. A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.
217. Em geral sinto-me tenso(a) e preocupado(a) quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.
218. Muitas vezes, esforço-me ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.
219. Algumas pessoas acham que sou muito avarento(a) ou pão-duro com meu dinheiro.
220. Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.
221. Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações, mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.
222. Odeio ver alguém sofrer.
223. Sei o que quero fazer na minha vida.
224. Regularmente, levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.
225. As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso(a).
226. Se estou me sentindo aborrecido(a), em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho(a).
227. Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.
228. Muitas vezes, as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado(a) de tudo o que está acontecendo ao meu redor.
229. Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.
230. Menti bastante nesse questionário.

231. Geralmente, evito situações sociais em que teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro(a) de que eles serão amigáveis.
232. Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.
233. Em geral, encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.
234. As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.
235. A desonestidade só causa problemas se você for apanhado(a).
236. Em geral, sinto-me muito mais confiante e com energia que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.
237. Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.
238. Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.
239. Às vezes, fico aborrecido(a).
240. De vez em quando, falo das pessoas “por trás”.