

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ESTABILIDADE DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE
E SUAS RELAÇÕES COM MUDANÇAS NA SEVERIDADE DA DEPRESSÃO

Mara Rúbia de Camargo Alves Orsini

Brasília – DF, 2006.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ESTABILIDADE DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE
E SUAS RELAÇÕES COM MUDANÇAS NA SEVERIDADE DA DEPRESSÃO

Mara Rúbia de Camargo Alves Orsini

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Bartholomeu T. Tróccoli

Brasília – DF, 2006.

Banca examinadora:

Presidente – Bartholomeu Torres Tróccoli
Universidade de Brasília – UnB

Membro – Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília – UnB

Membro – Dra. Adriane Giavone
Universidade Católica de Brasília – UCB

Membro – Dr. João Carlos Auchieri
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Membro – Dra. Anelise Salazar
Universidade de Brasília – UnB

Suplente – Dra. Julie Carolynn Ciano
Instituto de Educação Superior de Brasília - IESB

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Nossos agradecimentos ao professor Dr. Bartholomeu Torres Tróccoli pela colaboração, amizade e aprendizagem propiciadas no trabalho de orientação do presente estudo. Agradecemos também aos professores, funcionários e colegas do Instituto de Psicologia, em geral e, em particular, aos colegas do Laboratório de Avaliação e Medidas – LabPam, em especial à Anelise Salazar, Audi Roldão, Sheila Murta e Tatiana Vasconcelos, pela amizade.

Somos particularmente gratos à Edna Alci Ribeiro, ex-secretária da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia, pela presteza e eficiência com que sempre nos atendeu e, principalmente, pela sua constante boa vontade, competência e seriedade no que faz.

Um agradecimento especial ao Sanatório Espírita – Casa de Eurípedes Barsanulfo, que gentilmente acolheu a realização desta pesquisa junto a seus pacientes, a quem somos profundamente gratos pela colaboração e participação na composição da amostra deste estudo. Gostaríamos de agradecer, particularmente, ao psiquiatra desta Instituição, Miguel Augusto Rios, pela sua prestimosa e inestimável contribuição para esta investigação, através de sua competente seleção dos pacientes com o perfil da pesquisa e pelas discussões metodológicas e clínicas do trabalho.

Nossos agradecimentos especiais também à Psicóloga da Unidade de Transtornos Mentais da Casa de Eurípedes, Kátia Sayuri Omuri, pelo seu interesse e participação conosco na coleta de dados, junto aos pacientes, e pela sua valorosa contribuição na discussão diagnóstica dos casos que participaram da pesquisa. Um muito obrigado também à psicóloga Elisa Furtado, antes de tudo pela amizade e

consideração, por sua constante disponibilidade e por seu insubstituível auxílio na digitação e organização do banco de dados.

À professora Suely Vieira Lopes, do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás – UCG, mais uma vez, a nossa eterna gratidão. Seu solidarismo, incentivo e auxílio, definitivamente, fizeram a diferença! A ela, minha sincera afeição, reconhecimento e admiração... Somos gratos também aos amigos e colegas do Departamento de Psicologia da UCG, pelo apoio, incentivo e solidariedade.

A minha mais profunda gratidão ao professor Dr. Antônio Cardoso Campos, pelo constante estímulo à busca do conhecimento e do aprimoramento profissional e pessoal. Agradecemos também aos colegas de trabalho do Instituto de Psicologia Clínica interativa-comunicacional, pela amizade e apoio.

A meus pais, pelo carinho e apoio, o meu reconhecimento e a minha gratidão.

E para aquele que compartilha comigo, cotidianamente, a alegria das conquistas e realizações e que, com a mesma dedicação, divide angústias e expectativas – a meu esposo e companheiro de jornada, todo meu amor, todo meu afeto e gratidão...

ÍNDICE

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	1
Depressão.....	2
Relações entre Personalidade e Depressão.....	9
Relações Empíricas entre personalidade e Depressão.....	17
Hipóteses.....	36
CAPÍTULO II - MÉTODO.....	39
Amostra.....	39
Instrumentos.....	39
Procedimentos.....	40
CAPÍTULO III - RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 - Breve descrição dos extremos dos cinco grandes traços de personalidade (adaptado de Tróccoli, 2006).....	13
Tabela 3.1 - Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis.....	43
Tabela 3.2 - Mudança Absoluta dos Fatores de Personalidade e Depressão.....	44
Tabela 3.3 - Estabilidade Relativa dos Escores de Estabilidade Emocional e Extroversão, Explicando a Severidade Depressiva no Teste e no Reteste.....	47
Tabela 3.4 - Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis.....	48
Tabela 3.5 - Mudança Absoluta dos Fatores de Personalidade e Depressão.....	49
Tabela 3.6 - Estabilidade Relativa dos Escores de Conscienciosidade, Agradabilidade (cordialidade) e Intelecto / Abertura, Explicando a Severidade Depressiva no Teste e no Reteste.....	50

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Exemplo dos Cinco Fatores do ICFP-R.....	73
ANEXO 2 - Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
ANEXO 3 - Anamnese Psicopatológica.....	77

RESUMO

Este trabalho investigou a estabilidade dos fatores de personalidade e suas relações com mudanças na severidade dos sintomas depressivos. Personalidade foi definida a partir do modelo dos cinco fatores de personalidade. Participou da pesquisa uma amostra de trinta pacientes de um hospital psiquiátrico, localizado na cidade de Goiânia, diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior. Foram excluídos da amostra pacientes com sintomas psicóticos ou portadores de alguma comorbidade. Os participantes foram testados em dois momentos distintos: quando sintomáticos (tempo 1, pré-tratamento) e quando assintomáticos ou em remissão parcial (tempo 2, pós-tratamento). O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi utilizado para avaliar o índice da severidade depressiva e o Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade - Reduzido (ICFP-R) foi utilizado para a avaliação dos traços de personalidade. O tempo médio de intervalo entre o teste e o reteste foi de sete semanas. O critério utilizado para a escolha do momento do pós-teste foi a mudança na severidade depressiva, avaliada pelo psiquiatra da Instituição e confirmada pelos escores no BDI. A primeira hipótese propunha uma estabilidade relativa e uma falta de estabilidade absoluta (ou seja, mudança absoluta) para os traços de personalidade extroversão e estabilidade emocional. A estabilidade relativa seria observada se a posição dos resultados de cada indivíduo, em relação aos resultados dos outros membros da amostra, permanecesse a mesma entre o pré e o pós-teste – enquanto que a estabilidade absoluta seria observada se não existissem diferenças entre as médias do pré e do pós-teste. Esperava-se, também, que a média dos outros três traços de personalidade, menos correlacionados com sintomas depressivos, não diminuiria do pré-teste para o pós-teste (*estabilidade absoluta*), bem como se esperava que a posição de cada indivíduo, em relação aos outros indivíduos na amostra, permaneceria a mesma (*presença, também, de estabilidade relativa*). Portanto, a primeira hipótese propunha uma estabilidade relativa e mudança absoluta para os fatores extroversão e estabilidade emocional e estabilidade relativa e absoluta para os demais fatores do modelo pentafatorial. A segunda hipótese afirmava que a estabilidade relativa dos fatores de personalidade não estaria relacionada à severidade dos sintomas depressivos, mas sim aos níveis desses traços antes do tratamento. Os resultados indicaram que tanto a estabilidade relativa quanto a mudança absoluta na personalidade podem ser observadas no contexto de mudança aguda na severidade depressiva. Mesmo quando mudanças absolutas ocorrem na personalidade, um alto grau de estabilidade também pode ser observado. Foi verificado também que a estabilidade relativa e a mudança absoluta na personalidade não podem ser explicadas diretamente por diferenças individuais ou mudanças absolutas na severidade da depressão. São discutidas, ainda, limitações e possíveis implicações e aplicações dos resultados para a prática clínica.

Palavras-Chaves: Sintomas depressivos, traços de personalidade, big five, mudança psicológica.

ABSTRACT

The present work investigated the stability of personality factors and their relationships with changes in the severity of depression symptoms. Personality was defined according to the five-factor model of personality. The participants were a sample of thirty in house patients, from a psychiatry hospital, located in Goiânia, diagnosed with Major Depressive Disorder. The patients who showed psychotic symptoms or some other comorbidity were excluded from the sample. The thirty patients answered two questionnaires twice: when they were symptomatic (panel 1, pretreatment) and when they were not symptomatic or in a partial recovering phase (panel 2, post-treatment). The Beck Depression Inventory (BDI) was applied to assess the severity level of the patients' depression and the Reduced Five Factors of Personality Inventory (ICFP-R) was used for the assessment of the personality traits. The time period between test and retest had a mean of seven weeks. The criteria used to decide the time for the posttest was the observed change in the severity of depressive symptoms as assessed by the psychiatrist of the hospital and confirmed by the BDI scores. The first hypothesis suggested relative stability and lack of absolute stability (that is, absolute change) for the personality traits of extroversion and emotional stability. Relative stability is observed when the position of the individual, compared to the results of the other members of the sample, remain the same in the pre- and posttest – while the absolute stability is observed when there were no differences in the pre- and posttest means. It was also expected that the means of the other three personality traits, the ones with low correlations to the depressive symptoms, did not decrease between pre- and posttest (absolute stability) and that the position of each individual, compared with the others in the same sample, would stay the same (also showing relative stability). This way, the first hypothesis suggested relative stability and absolute change for extroversion and emotional stability factors and relative and absolute stability for the others factors in the pentafactorial model. The second hypothesis, stated that the relative stability of the personality factors would not be related to the severity of the depressive symptoms, but to the traits' levels observed before the treatment. The results showed that the relative stability and the absolute change in personality could be observed in the context of change in the severity of the depression. Even when absolute changes happened in the personality, a high degree of stability could be observed. It was also observed that the relative stability and the absolute change in the personality could not be directly explained by individual differences and absolute changes in the severity of the depression. New psychotherapeutically based procedures and limitations taking these findings into account are discussed.

Key-words: Depressive symptoms, big five personality traits, psychological change

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Diversos estudos têm se interessado pela relação entre depressão, enquanto fenômeno nosológico, e personalidade (Widiger & Trull, 1992). Existem quatro propostas sobre as maneiras pelas quais traços de personalidade podem estar relacionados com sintomas clínicos de transtornos mentais. Primeiro, o traço de personalidade pode apenas contribuir para o desenvolvimento do transtorno (predisposição). Segundo, o traço de personalidade e o transtorno mental podem ser independentes, mas o tipo de personalidade do indivíduo pode afetar a manifestação, curso e tratamento da depressão (patoplastia). Terceiro, o traço de personalidade pode ser uma resultante do transtorno mental (complicação). Por último, o traço de personalidade e o transtorno mental podem ambos ser a manifestação de uma etiologia subjacente comum (espectro). Essas relações não são exaustivas nem mutuamente exclusivas e em qualquer estudo particular pode ser difícil determinar quais dessas relações ocorreram (Widiger & Trull, 1992).

As possíveis relações listadas acima sugerem que personalidade e depressão apresentam interações complexas e controversas. Elas expressam dois tipos diferentes de modelos. No primeiro grupo encontram-se os modelos onde os traços de personalidade podem (1) predispor o indivíduo a episódios depressivos (modelo de vulnerabilidade) ou (2) podem apenas influenciar o curso e a manifestação de episódios depressivos (modelos de exacerbação e patoplastia). Para Gabbard (1999), por exemplo, uma compreensão da depressão deve englobar fatores pré-mórbidos de personalidade: qualquer pessoa pode estar sujeita a episódios de depressão, diante de qualquer estresse ambiental de intensidade suficiente, mas certos tipos ou traços de personalidade parecem predispor à depressão. Da mesma forma, a relação entre personalidade e

depressão pode levar à influência da primeira sobre o curso e a expressão da segunda, isto é, a personalidade pode influenciar o curso e a expressão do episódio depressivo, determinando uma evolução mais ou menos demorada e/ou mais ou menos severa.

No segundo grupo de modelos, a personalidade, na maioria dos casos, é incidental à instalação ou curso da depressão. A personalidade ou é uma complicação de um episódio depressivo (modelo de complicação) ou o resultado de um terceiro fator que também é responsável pela instalação do episódio depressivo (modelo de causalidade comum/espectro). Enquanto que no primeiro grupo de modelos a personalidade pode modificar a instalação, curso e manifestação da depressão, neste segundo grupo a personalidade não apresenta nenhuma relação direta com a depressão (Santor, Bagby & Joffe, 1997).

O conceito de depressão tem provocado algumas controvérsias sendo, às vezes, bastante vago, principalmente quando analisado do ponto de vista intuitivo ou do senso comum. A seção seguinte procura delimitá-lo melhor, de maneira a evitar as ambigüidades inerentes à definição da depressão.

Depressão

A depressão tem sido registrada desde a Antigüidade e descrições do que agora chamamos de transtornos do humor podem ser encontradas em muitos textos antigos. O Antigo Testamento, por exemplo, bem como outros clássicos da literatura, já apresentavam descrições de quadros que se encaixam nos conceitos atuais de transtornos do humor.

O termo de origem grega, “melancolia”, foi usado por Hipócrates, 400 anos a.C. para descrever um tipo de perturbação mental que produzia alterações comportamentais, tais como um estado de aversão à comida, desespero, falta de sono, irritabilidade e inquietação. Os médicos gregos postularam a mais antiga formulação bioquímica de

qualquer transtorno mental: acreditavam que a doença freqüentemente surgia do substrato do temperamento melancólico sombrio, que, sob a influência do planeta Saturno, fazia o baço secretar bile negra que escureceria o humor através de sua influência sobre o cérebro. A melancolia era descrita como depressão causada pela bile negra (Akiskal, 1999). Esta concepção está associada à noção moderna de temperamento, enquanto disposições com base biológica que colorem a personalidade. O termo temperamento era usado na fisiologia medieval para referir-se a tipos de personalidade: melancólico, colérico (ou irritável), sangüíneo (ou otimista) e fleumático (ou apático). Estes temperamentos eram determinados pela proporção relativa dos quatro humores corpóreos: bile negra, bile amarela, sangue e fleuma (Gunderson & Phillips, 1999). Além da melancolia natural, surgida de uma disposição inata a produzir bile negra em excesso e que levaria a uma forma mais severa de doença, a medicina greco-romana reconhecia contribuições ambientais para a melancolia que, ainda hoje, são válidas ao se lidar com diagnósticos de transtornos de humor, tais como o uso de substâncias (como o álcool), reações a perdas (luto patológico) – entre outros fatores, reconhecidamente envolvidos com as alterações anormais do humor.

De acordo com Kaplan, Saddock e Grebb (1997), o humor pode ser avaliado como normal, elevado ou deprimido. O humor deprimido (depressão) caracteriza-se por tristeza profunda e apreensão, perda de energia e interesse; anedonia (incapacidade de experienciar prazer); sentimentos de culpa e desvalia; dificuldades para concentrar-se; alterações em diversos tipos de funções vegetativas (sono/apetite/interesse sexual) e pensamentos sobre morte e suicídio. Já o humor eufórico (mania) é caracterizado por um estado emocional de elação intensa, mas injustificada, expressa por hiperatividade, pressão para falar; fuga de idéias; planos grandiosos impraticáveis; distratibilidade, insônia, energia excessiva; baixa tolerância à frustração e aumento da libido.

Relacionados ao humor deprimido e ao humor elevado estão o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e o Transtorno Bipolar I. Este último caracteriza-se por períodos de humor deprimido, intercalados com períodos de humor eufórico (maníaco). O transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar I são, muitas vezes, chamados de transtornos afetivos. Entretanto, esta denominação é inadequada já que a patologia crítica nesses transtornos é do *humor*, o estado emocional interno mais constante de uma pessoa, e não do *afeto*, a expressão externa do conteúdo emocional atual. Assim, afetos e humores referem-se a diferentes aspectos da emoção. O afeto é, portanto, comunicado através da expressão facial, inflexão vocal, gestos e postura e, de acordo com pesquisas etológicas (Akiskal, 1999), os afetos visam indicar se uma pessoa está satisfeita, aflita, desgostosa ou em perigo. Portanto, alegria, tristeza, raiva e medo são afetos básicos que servem a uma função comunicativa em humanos e outros primatas, bem como em muitas outras espécies de mamíferos.

Os afetos tendem a ser expressões de curta duração, refletindo contingências emocionais momentâneas. Já os humores transmitem emoções mais prolongadas; sua natureza mais constante significa que eles são vividos por um tempo suficiente para serem sentidos internamente. As emoções normais de tristeza e alegria fazem parte da vida cotidiana e devem ser diferenciadas do transtorno depressivo maior e da mania. A tristeza, ou depressão normal, é uma resposta humana universal a derrotas, decepções ou outras adversidades. Para Akiskal (1999), tal resposta pode ser adaptativa, em um sentido evolutivo, permitindo uma retirada para a conservação de recursos internos, ou pode sinalizar a necessidade do suporte de outras pessoas.

Um outro fator de mediação entre humores normais e patológicos é o temperamento. A maioria das pessoas tem um padrão característico de oscilações afetivas básicas, que define seu temperamento. Por exemplo, algumas pessoas são

facilmente levadas às lágrimas por circunstâncias tristes ou felizes, enquanto outras tendem a permanecer plácidas. Normalmente, as oscilações do tom afetivo são relativamente pequenas, tendem a ressoar com os eventos do dia-a-dia e não interferem no funcionamento pessoal. Alguns indivíduos exibem maior variabilidade de respostas emocionais, sendo que, sem qualquer provocação óbvia, alternam entre o humor normal e a tristeza ou excitação, ou ambas. Elas tendem a agrupar-se entre tipos temperamentais básicos: o temperamento depressivo (onde a pessoa oscila facilmente na direção da tristeza), o temperamento hipertímico (onde a pessoa é naturalmente inclinada a humores alegres) e o temperamento ciclotímico (onde a pessoa oscila entre humores alegres e tristes). Todos os três temperamentos, tipicamente, têm um início precoce e tendem a persistir durante toda a vida (Akiskal, 1999).

Geralmente, as pessoas experimentam uma ampla faixa de humores e de expressões afetivas. Todavia, sentem-se no controle, mais ou menos, de seus humores e afetos. Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento, acompanhada, freqüentemente, de comprometimento do funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

O termo “humor deprimido” refere-se a uma excitação afetiva negativa, variadamente descrita como depressiva, angustiada, lamentosa, irritável ou ansiosa. Esses termos tendem a banalizar uma emoção morbidamente dolorosa que é tipicamente vivenciada como pior do que qualquer dor física. Existe, portanto, uma qualidade física, somática no humor deprimido que, em seu extremo, é indescritivelmente dolorosa.

Mesmo quando não tão severo, o sofrimento depressivo é qualitativamente distinto de seus similares neuróticos, assumindo a forma de apreensões injustificadas, com turbilhão e tormento íntimos severos. Esta descrição ajusta-se, particularmente, a

pessoas de meia-idade e idosas que, anteriormente, eram vistas como portadoras de melancolia involutiva. A natureza prolongada do humor não dá alívio, embora tenda a ser menos intensa ao anoitecer. O suicídio pode representar uma tentativa de libertação deste tormento psíquico incessante; a morte pode ser experimentada como algo confortador. Este aspecto adiciona uma dimensão existencial importante e desafiadora para o profissional da área da saúde mental, à medida que requer clareza e precisão diagnósticas, pois constitui um dos transtornos mentais com maiores riscos de suicídio.

Atualmente, o termo depressão comporta, em psiquiatria, pelo menos três significados. Pode referir-se a um sintoma, a uma síndrome e também a uma entidade nosológica. De fato Ey, Bernard e Bresset (1985) argumentam que o elemento semiológico elementar dos estados depressivos é um aspecto fenomenológico caracterizado por um distúrbio, um abatimento do humor, que se torna triste. Em torno deste sintoma elementar, agrupam-se outros sintomas que podem justificar a descrição de síndromes e mesmo de entidades patológicas. Além dessa característica elementar de humor triste, Ey e colaboradores (1985) acrescentam que, seja como consequência, seja como simples associação, encontram-se ligados aos transtornos do humor dois outros fenômenos: a inibição e o sofrimento moral.

A Inibição Psíquica é um dos sintomas básicos da Depressão e se manifesta como uma espécie de freio ou lentificação dos processos psíquicos em sua globalidade, uma lassidão generalizada de toda a atividade mental. Em graus variáveis, esta inibição geral torna o indivíduo apático, desinteressado, lerdo, desmotivado, com dificuldade em suportar tarefas elementares do cotidiano e com grande perda na capacidade de tomar iniciativas. O campo da consciência e da motivação está seriamente comprometido, daí a dificuldade em manter um bom nível de memória, de rendimento intelectual, da atividade sexual e até da agressividade necessária para levar adiante o dia-a-dia.

O Sofrimento Moral, ou sentimento de menos-valia, é o fenômeno mais marcante e mais desagradável na trajetória depressiva. É um sentimento de autodepreciação, auto-acusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa, rejeição, feiúra, fraqueza, fragilidade e mais um sem-número de adjetivos autopejorativos. Evidentemente, tais sentimentos aparecem em grau variado; desde uma sutil sensação de inferioridade, até profundos sentimentos depreciativos, podendo, inclusive, atingir dimensões psicóticas, delirantes.

Outra importante dimensão característica da depressão diz respeito ao *Estreitamento Vivencial* que não pode ser diferenciado totalmente da *Inibição Psíquica*. A palavra mais adequada para designar este fenômeno é anedonia, ou seja, a incapacidade em sentir prazer. O universo vivencial do deprimido vai sendo cada vez menor e mais restrito e a preocupação com seu próprio estado sofrível toma conta de todo seu interesse vivencial. Não há ânimo suficiente para admirar coisas que anteriormente à instalação do quadro depressivo eram apreciadas, não há ânimo para interessar-se na realização ocupacional, para desfrutar pequenos prazeres cotidianos, para apreciar uma boa companhia, enfim, em seu rol de ocupações só existe a preocupação consigo próprio, o espaço vivencial do paciente é tomado por sua própria dor e sofrimento. Nada mais lhe dá prazer, nada mais pode motivá-lo.

Devido à sua alta prevalência, a Depressão é objeto de grande número de estudos no campo das ciências do comportamento. Parte integrante desses trabalhos são as tentativas de melhor definir o que seja a depressão clínica. Os Manuais Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSMs), atualmente em sua quarta edição, são exemplos desses esforços. Pretendem ser abordagens ateóricas, representando o consenso de autores com diversas orientações teóricas (APA, 1995). O DSM-IV procura

estabelecer, avançar uma definição operacional para depressão, empiricamente fundamentada e de uso generalizado na prática acadêmica e clínica.

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior, de acordo com o DSM-IV, é que a sintomatologia ocorra durante um período de pelo menos duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou desinteresse ou perda do prazer pela maioria das atividades, anteriormente experimentadas como prazerosas. Devem estar presentes também, no mínimo, quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. O DSM-IV acrescenta ainda que para contabilizar para um Episódio Depressivo Maior os sintomas devem ser recentes ou então ter claramente piorado, em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem perdurar na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por no mínimo duas semanas seguidas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns casos mais leves, o funcionamento pode aparentar ser normal, mas exigir um esforço acentuadamente aumentado.

O DSM-IV apresenta ainda alguns especificadores para o Transtorno Depressivo Maior (TDM): TDM episódio único, TDM recorrente, TDM com características catatônicas, TDM com características melancólicas, TDM com características atípicas, TDM com início no pós-parto e ainda alguns especificadores de gravidade: leve/moderado/severo sem aspectos psicóticos; /severo com aspectos psicóticos/; em remissão parcial/em remissão completa / crônico. Compreende-se o transtorno

depressivo, como a categoria mais prevalente e de maior interesse clínico (DSM-IV, APA, 1995).

Relações entre Personalidade e Depressão

Assim como a depressão, a definição de personalidade também envolveu várias controvérsias ao longo da sua história, decorrentes em grande parte da diversidade de teorias e métodos de estudo empregados. Durante a segunda metade do século passado, dominaram as abordagens mais teóricas, especulativas, de gabinete, clinicamente orientadas e motivacionais, tais como os diferentes modelos associados com a tradição psicodinâmica, humanista e existencialista. Nos últimos trinta anos, entretanto, ocorreu o ressurgimento das abordagens mais empiricamente orientadas, notadamente as baseadas nas teorias do traço de personalidade.

Em 1936, Gordon Allport e H.S. Odbert propuseram que para definir o que distingue cada pessoa seria necessário criar uma lista de adjetivos descritivos da personalidade humana em geral. Eles hipotetizaram que aquelas diferenças individuais mais importantes devem ser também as mais relevantes do ponto de vista social, isto é, são aquelas que todos aprendem a identificar nos outros. Se estes traços são os mais salientes e socialmente importantes, então de alguma forma também devem ter sido codificados nas línguas naturais. Quanto mais importante a diferença entre as pessoas, mais provável que essa diferença tenha sido codificada com um adjetivo específico. O passo seguinte foi à compilação de mais de 18.000 palavras descritivas da personalidade, a partir de investigações nos dicionários existentes na língua inglesa. Dessa lista original, foram escolhidos 4.500 adjetivos relacionados a traços de personalidade. Estes 4.500 adjetivos foram considerados como descritores de traços observáveis e relativamente permanentes. A proposta de Allport e Odbert ficou conhecida como a hipótese lexicográfica (Tróccoli, 2006).

Em 1946, Raymond Cattell investigou a lista de Allport e Odbert utilizando a incipiente tecnologia dos computadores para identificar aglomerados menores dentre os milhares de adjetivos. Utilizando as técnicas da análise fatorial, Cattell solicitou que os participantes de sua pesquisa avaliassem pessoas conhecidas, usando os adjetivos de Allport. Foram identificados então doze fatores ou aglomerados, logo acrescentados de mais quatro fatores, também julgados importantes pelo próprio Cattell. O trabalho de Cattell resultou na hipótese de que as pessoas descrevem a si próprias e aos outros a partir de dezesseis fatores independentes. De acordo com a técnica da análise fatorial, estes dezesseis fatores estariam subjacentes aos 4.500 adjetivos identificados por Allport e Odbert, isto é, todos os adjetivos originais podem ser explicados a partir de dezesseis divisões, aglomerados ou fatores. A partir de suas pesquisas, Cattell criou o *Questionário de Personalidade 16PF* que ainda é utilizado no mundo inteiro, incluindo o Brasil. Resultados de pesquisas subsequentes, no entanto, demonstraram que dezesseis fatores é um número excessivo para descrever os traços de personalidade e, como consequência, as interpretações atuais do 16PF são diferentes das interpretações originais. Em 1963, por exemplo, W.T. Norman replicou o estudo de Cattell e sugeriu que cinco fatores seriam suficientes para descrever e agrupar todos os adjetivos descritores da personalidade (Tróccoli, 2006).

Nas duas décadas seguintes, entretanto, os paradigmas dominantes na psicologia levaram os pesquisadores a não valorizarem os traços de personalidade. Psicólogos sociais como Walter Mischel, por exemplo, argumentavam que o comportamento humano não é estável, mas varia de acordo com o contexto. A percepção que temos da personalidade dos outros e da nossa, como algo estável e permanente, seria uma criação do sistema cognitivo humano como uma imposição para criar a ilusão de consistência no mundo real. Conseqüentemente, prever o comportamento através de testes de

personalidade seria impossível. As evidências mais comentadas nesta época foram apresentadas por Mischel no seu livro *Psychological Assessment*, publicado em 1968. Nele Mischel demonstrava que as pesquisas indicavam que testes de personalidade apresentavam correlações não maiores do que 0,30 com os comportamentos observados (cerca de apenas 10% de variância em comum entre comportamentos e resultados em teste de personalidade) (Tróccoli, 2006).

Esta situação mudou completamente durante a década de 1980, quando ocorreu a difusão dos computadores pessoais, surgindo, assim, a proposta de investigação de agregados estatísticos (padrões de comportamento) e o modelo dos cinco grandes fatores de personalidade foi, então, reconhecido como empiricamente sólido. O primeiro fator impulsionador da mudança foi a observação de que a questão da instabilidade e da baixa correlação da personalidade com os comportamentos decorriam do fato de a investigação ser realizada de uma perspectiva errada. Ao invés de tentar prever comportamentos isolados, verificou-se que se deveria tentar prever padrões de comportamento. Como resultado, as correlações entre padrões de comportamento e testes de personalidade subiram para 0,80, indicando muito mais consistência do que se suspeitava.

Uma vez sugerida uma solução para a questão conceitual da instabilidade da personalidade, os avanços da informática – principalmente o avanço representado pela difusão do computador pessoal – também impulsionaram as pesquisas sobre traços de personalidade. O computador pessoal de mesa possibilitou que qualquer pesquisador realizasse a sua análise fatorial, por exemplo, e no seu próprio ambiente de trabalho. Antes, os pesquisadores tinham que recorrer aos centros de computação para que pudessem alugar o tempo de computadores de grande porte. Ficou simples, barato e fácil examinar listas como a de Allport e Odbert. Por conta desses eventos, surgiu um

consenso em torno do modelo dos cinco fatores de personalidade (FFM), oficialmente atribuído a um simpósio ocorrido em 1981 no Havaí onde grandes pesquisadores da área (Lewis Goldberg, Naomi Takamoto-Chock, Andrew Comrey e John M. Digman, por exemplo) declararam que a maioria dos testes de personalidade mensurava algo próximo aos cinco grandes fatores de personalidade. O modelo pentafatorial sugerido por Norman em 1963 tinha chegado para ficar.

A Tabela 1.1 (página seguinte) apresenta um breve sumário dos extremos típicos de cada fator do modelo dos cinco fatores de personalidade (Five Factor Model-FFM). Os traços de personalidade representam um continuum ancorado nos extremos definidos na Tabela 1.1. Em termos de resultados numéricos, o extremo superior, onde se situam os extrovertidos, reativos, focados, cordatos e exploradores, apresenta resultados entre percentis 55 e 100. No outro extremo, estão as pessoas com resultados equivalentes ao intervalo que vai do percentil zero a 45 (resiliente, introvertido, preservador, desafiador e flexível).

Na faixa intermediária, não descrita na Tabela 1.1, encontram-se os que obtêm percentis 45 a 55. A faixa intermediária inclui a média situada em torno dos 50% de tal forma que uma classificação em conscienciosidade, equivalente ao percentil 80, por exemplo, indica um senso de responsabilidade e ordem bem acima da média enquanto que uma avaliação com percentil 5 de extroversão indica uma necessidade excepcional de solidão e quietude. Deve-se assinalar que não existem pólos ou posições intrinsecamente desejáveis ou mais ou menos positivas e negativas nos fatores de personalidade. Em ambientes de trabalho, por exemplo, um índice elevado de neuroticismo provoca reações negativas e tensão desnecessária no grupo no qual se convive. Em contraste, um índice excessivamente baixo de reatividade (índice elevado de resiliência) pode levar a indiferença ou descuido quando surgem problemas que

devem ser encarados de imediato. Já um índice elevado de abertura a experiência é certamente desejado para professores, mas não para policiais. Alta cordialidade leva sempre a grande popularidade, mas não é adequado a quem pretende ser líder.

Tabela 1.1 Breve descrição dos extremos dos cinco grandes traços de personalidade (adaptado de Tróccoli, 2006).

Neuroticismo	
Reativo	Resiliente
Tende a experienciar com facilidade emoções negativas tais como ansiedade, raiva ou depressão. Responde emocionalmente a eventos que normalmente não afetariam a maioria das pessoas e suas ações tendem a ser mais intensas que o normal. Tende a interpretar situações normais ou pequenas frustrações como ameaçadoras. Problemas de controle emocional podem diminuir sua capacidade para pensar com clareza, tomar decisões e enfrentar o estresse eficazmente.	Não fica facilmente aborrecido e é emocionalmente bem menos reativo. Tende a ser calmo, emocionalmente estável e não está persistentemente vivenciando sentimentos negativos. A ausência de sentimentos negativos não significa, entretanto, que vivencia muitos sentimentos positivos; a frequência elevada de emoções positivas é um componente da extroversão.
Extroversão	
Extrovertido	Introvertido
Energia ou surgência. Tendência para buscar estimulação e a companhia de outros. A extroversão caracteriza-se pelo grande envolvimento com o mundo externo. Os extrovertidos gostam de estar com as pessoas, são cheios de energia e frequentemente experienciam emoções positivas. Tende a ser entusiasmado e gosta de ação. Fala muito quando está em um grupo, é assertivo e chama muita atenção.	Falta exuberância, energia, e o nível de atividade dos extrovertidos. Tende a ser quieto, discreto, deliberado e desligado do mundo social. Sua falta de envolvimento social não deve ser interpretada como timidez ou depressão; o introvertido simplesmente necessita de menos estimulação e prefere ficar sozinho.
Cordialidade	
Cordato	Desafiador
Tendência para ser compreensivo e cooperativo ao invés de desconfiado e antagonista para com as outras pessoas. Valoriza o bom relacionamento com os outros. É amigável, generoso, prestativo e procura conciliar seus interesses com os dos outros. Também possui uma visão otimista da natureza humana.	Seus próprios interesses são mais importantes que bons relacionamentos. Não se preocupa com o bem-estar dos outros e não se esforça para alcançá-los. Por conta do ceticismo que sente com relação aos motivos dos outros, tende a ser desconfiado e hostil, além de demonstrar má vontade.
Abertura	
Explorador	Preservador
Sente atração pela arte, emoção, aventura e idéias fora do comum. É imaginativo, criativo, nada convencional ou comum. Intellectualmente curioso, aprecia artes e é sensível a beleza. Tende a ser, quando comparado com seu oposto, mais consciente dos seus sentimentos. Tende a pensar e agir de uma forma mais individualista e não conformista.	Tem poucos interesses que são bem comuns. Prefere coisas simples, diretas e óbvias ao invés de coisas complexas, ambíguas e sutis. Pode desconfiar das artes e ciências, achando que são coisas sem utilidade prática. Prefere familiaridade ao invés de novidade, é conservador e resistente a mudança.

Conscienciosidade	
Focalizado	Flexível
Tendência para demonstrar autodisciplina, para agir com responsabilidade e para lutar para ser bem sucedido (auto-realização). Sobressai-se pela maneira como controla, regula e dirige seus impulsos. Não se mete em problemas e alcança níveis elevados de sucesso com planejamento e persistência. Provoca reações positivas nos outros sendo considerado inteligente e confiável.	É criticado por não ser confiável, por não ter ambição e não conseguir seguir as normas. Em compensação, vive algumas poucas experiências curtas e prazerosas e nunca é considerado convencido ou arrogante. Às vezes, a falta de tempo exige decisões impulsivas e agir dessa forma pode até ser uma resposta adequada.

Os cinco fatores têm recebido diversas denominações, sendo a mais comum: *estabilidade emocional* ou *neuroticismo*, *extroversão*, *conscienciosidade*, *intelecto* ou *abertura* e *agradabilidade* ou *cordialidade* ou *aquiescência*. Cada um desses fatores representa um continuum dentro do qual o indivíduo se coloca e eles têm apresentado suficiente evidência empírica para os fatores e subfatores listados na Tabela 1.1.

Como está resumido na Tabela 1.1, *Neuroticismo* ou *Estabilidade Emocional* avalia ajustamento afetivo *versus* instabilidade emocional. Indivíduos que pontuam alto neste fator são predispostos a experienciar angústia, afetos negativos, idéias irrealísticas e formas de enfrentamento (*coping*) pouco adaptativas, refletindo, assim, um indivíduo preocupado, inseguro, nervoso, muito tenso (Piedmont, 1998; Schultz & Schultz, 2002). *Neuroticismo* ou *Estabilidade Emocional* é também o fator mais diretamente relacionado à psicopatologia, em geral, e à depressão, em particular.

O fator *extroversão* representa a quantidade e intensidade de interação interpessoal que um indivíduo busca como reflexo da sua necessidade e tolerância à estimulação externa. Esse fator contrasta indivíduos expansivos, emocionalmente positivos, sociáveis, falantes, que gostam de se divertir, ativos e orientados para outros com aqueles que são reservados, sóbrios, tímidos e quietos. O fator reflete também níveis de afeto positivo.

Intelecto ou Abertura para a Experiência caracteriza indivíduos originais, independentes, criativos, ousados, que deliberadamente procuram e apreciam experiências novas. Este fator contrasta indivíduos curiosos, originais, indagadores, criativos e inovadores com aqueles mais convencionais.

Assim como *Extroversão* avalia o grau em que o indivíduo aprecia estar na presença de outros, *Agradabilidade* (ou *Afabilidade*, *Cordialidade*, *Acomodação* ou *Aquiescência*) examina as atitudes do indivíduo em relação às outras pessoas. Tais atitudes podem ser bem favoráveis aos outros, refletindo uma pessoa de boa índole, piedosa, confiável, cortês, por um lado, ou, por outro lado, no seu extremo negativo, indivíduos manipulativos, antagonistas, cínicos e vingativos (Piedmont, 1998).

O quinto fator, conhecido como *Conscienciosidade*, avalia o grau de organização, persistência e motivação em comportamentos dirigidos a metas. Este fator contrasta pessoas de confiança, controladas, responsáveis e obstinadas com aquelas que são desanimadas, apáticas, descuidadas. Está, portanto, relacionado com ser cuidadoso, honesto, disciplinado, trabalhador, organizado. Também está representada aqui a capacidade de autocontrole e a habilidade de postergar a gratificação de necessidades.

Logo após os primeiros estudos fatoriais, os fatores presentes no modelo continuaram sendo confirmados a partir de uma diversidade de técnicas de avaliação, incluindo auto-relatos, testes objetivos e relatórios de observadores. A verificação consistente dos mesmos fatores, a partir dos procedimentos de avaliação, sugere a consideração desses fatores como aspectos marcantes da personalidade (Schultz & Schultz, 2002).

Estudos de gêmeos verificaram que quatro dos cinco fatores apresentam um componente hereditário mais forte: *neuroticismo*, *extroversão*, *intelecto* e *conscienciosidade*. Enquanto *agradabilidade* ou *acomodação* sugere um componente

ambiental mais forte. Outro aspecto que apóia um componente genético diz respeito ao fato de os cinco fatores serem consistentemente observados tanto em culturas orientais como ocidentais (Schultz & Schultz, 2002).

Uma longa tradição de resultados significativos tem explorado as correlações entre reações emocionais e comportamentais com os cinco grandes fatores (Schultz & Schultz, 2002). Dado que o modelo dos cinco fatores é uma descrição compreensiva de predisposições normais da personalidade, capaz de organizar construtos de diferenças individuais de um grande conjunto de modelos teóricos, e dado que ele é tido como um modelo apto a prover um alto grau de poder empírico para predizer o resultado de numerosos padrões comportamentais, não é surpreendente que os pesquisadores tenham examinado o papel que essas dimensões possam desempenhar, também, no comportamento anormal. Embora os cinco fatores sejam descritivos de funcionamentos não clínicos, essas dimensões podem, todavia, ter algo a contribuir para nossa compreensão do funcionamento anormal.

De fato, a extroversão, por exemplo, está positivamente relacionada ao bem-estar emocional em vários estudos, ao passo que neuroticismo está negativamente relacionado ao bem-estar. Neuroticismo ou estabilidade emocional também apresenta alta correlação com tendências à depressão, ansiedade e autocensura (Jorm, 1987; Pardes, 1986, conforme citado em Schultz & Schultz, 2002). Isto, no entanto, não significa que pessoas com uma pontuação alta neste fator sofram de depressão clínica. Todavia, como veremos mais adiante, aqueles que sofrem de depressão clínica tenderão a pontuar alto neste fator.

O modelo FFM abre uma interessante perspectiva sobre as relações empíricas e conceituais entre personalidade e depressão. Embora descreva traços não clínicos, as dimensões do modelo FFM têm contribuído para o entendimento do funcionamento

anormal. Diversos estudos, de fato, têm tentado estabelecer as possíveis relações entre os cinco grandes traços e a nosologia clínica (Piedmont, 1998). Dentre as relações investigadas, encontra-se a associação entre vulnerabilidade para determinada patologia e características de personalidade. Propõe-se que medidas baseadas no modelo FFM podem ser úteis para identificar riscos psicológicos potenciais.

Relações Empíricas entre Personalidade e Depressão

Um primeiro conjunto de estudos indicou que altos escores em neuroticismo podem predispor o indivíduo a experienciar depressão clínica. Em um estudo conduzido por Zonderman, Herbst, Schmidt, Costa e McCrae (1993), por exemplo, foram avaliados dados de uma amostra de 6.913 adultos, acompanhados ao longo de 16 anos, quando medidas de sintomas depressivos foram usadas para prever diagnósticos psiquiátricos, realizados em registros de hospitalizações. Nas análises de risco proporcional, duas medidas de depressão foram significativamente associadas com diagnósticos subseqüentes de depressão e de outros transtornos psiquiátricos, após o controle estatístico para variáveis demográficas e para a história prévia de problemas psicológicos. Os sintomas depressivos foram capazes de prever tanto a ocorrência tardia como a ocorrência recente de diagnósticos psiquiátricos e mostraram um padrão de aumento de risco, à medida que a pontuação de sintomas depressivos aumentava, isto é, quanto maior o número de sintomas depressivos, mesmo abaixo de pontos de corte clínico, maior o risco de ocorrência de um diagnóstico psiquiátrico. Esse padrão de resultados é consistente com a visão de que sintomas depressivos podem prever amplamente transtornos psiquiátricos futuros, porque eles servem como medidas representativas de alguns tipos de vulnerabilidades crônicas, tais como a dimensão normal de personalidade denominada *neuroticismo* ou *estabilidade emocional*.

Zonderman e colaboradores (1993) não consideram que isso signifique que transtornos psiquiátricos específicos, tais como depressão clínica, possam ser entendidos completamente em termos de traços de personalidade. Episódios do Transtorno Depressivo Maior são eventos intermitentes e traços estáveis de personalidade, por si mesmos, não podem explicar sua instalação ou remissão. Causas adjacentes tais como eventos de vida estressantes, podem desempenhar um papel no desencadeamento de um transtorno psiquiátrico sendo que processos bioquímicos estão claramente envolvidos. Estilos de enfrentamento (*coping*) e apoio social também desempenham um papel no desenvolvimento, bem como na remissão da depressão. Neuroticismo e outros traços de personalidade podem, sim, ser vistos como condições predisponentes para o desenvolvimento de um transtorno (Zonderman & colaboradores, 1993), tal como postulado pelo modelo de vulnerabilidade.

De acordo com Piedmont (1998) os estudos sobre as relações entre traços e a nosologia clínica revelam que os transtornos clínicos não ocorrem no vazio. Os tipos de problemas que os indivíduos encontram, assim como a intensidade do sofrimento vivido, emergem de disposições caracterológicas estáveis, subjacentes. O modelo dos cinco fatores propicia uma riqueza de informação sobre os indivíduos e apresenta importantes ligações com aspirações motivacionais, estilos de enfrentamento (*coping*), abordagens interpessoais, estilos de caráter e níveis de bem-estar que podem contribuir significativamente para a compreensão clínica da depressão. Diferentes tipos de personalidade podem ser vulneráveis a experimentar certos tipos de dificuldades. Bem como ser mais resistentes a determinadas intervenções terapêuticas (farmacológicas e/ou psicológicas). Do ponto de vista clínico, portanto, a utilização de tal modelo pode trazer luz a dimensões que, quando nos restringimos apenas à avaliação sintomatológica, não são acessíveis.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA), a partir da terceira edição revisada do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-III-R; APA, 1987), faz também uma diferenciação entre transtornos de personalidade (Eixo II) e outros transtornos mentais (Eixo I). Essa diferenciação é importante no estudo da relação entre personalidade e depressão. Um transtorno do Eixo II, geralmente, começa na infância ou adolescência e persiste de uma forma estável (sem períodos de remissão ou exacerbação) na vida adulta. Já os transtornos do Eixo I, tais como esquizofrenia, transtornos de ansiedade e os transtornos de humor são muito mais prováveis de se instalarem após o início da idade adulta, de serem menos crônicos e estáveis em seu curso e de serem menos difusos em seus efeitos. A distinção entre transtornos do Eixo I e transtornos do Eixo II é útil não somente na prática clínica, mas também com relação à aplicação no estudo da relação entre personalidade e depressão. Um transtorno de personalidade pode ser interpretado como uma variante extrema ou aberrante de características de personalidade, enquanto um transtorno de humor seria considerado distinto, mas interativo com um ou mais traços de personalidade (Widger & Trull, 1992).

Vários estudos investigaram a relação entre personalidade, na perspectiva do modelo dos cinco fatores, e psicopatologia (Widger & Trull 1992). Hirschfeld e Klerman (1979) relataram os resultados da administração do *Maudsley Personality Inventory* – MPI (Eysenck, 1962), que avalia neuroticismo e extroversão, do *Lazare-Klerman-Armor Personality Inventory* – LKA (Lazare, Klerman & Armor, 1966), que avalia traços orais, obsessivos e histéricos e de inventários adicionais aplicados a 119 pacientes deprimidos. Os pacientes deprimidos obtiveram escores significativamente mais altos em neuroticismo, introversão e obsessividade do que as normas publicadas e significativamente mais altas do que as de um grupo de comparação com pacientes

maníacos. Hirschfeld e Klerman (1979) concluíram que existem anormalidades nas personalidades de pacientes com transtornos do humor e, mais especificamente, que o depressivo é introvertido, tem pouca autoconfiança, não é assertivo, é dependente, pessimista e percebe-se como inadequado.

Esta fenomenologia das características manifestas de pacientes depressivos corresponde ao proposto por diferentes abordagens teóricas (cognitiva, psicodinâmica, desamparo aprendido, por exemplo), mas o desafio consiste em estabelecer-se a relação existente entre o padrão de personalidade e a psicopatologia de fundo, esbarrando-se, neste ponto, com questões metodológicas difíceis.

Uma alternativa dada por Hirschfeld e Klerman foi a aplicação da bateria de testes, próxima à época de saída do hospital (quando a depressão estava mais em remissão). Os pacientes também foram instruídos a desconsiderar o seu estado atual e a responderem as questões de acordo com seu modo de ser de costume. Como um controle a mais para o efeito do humor deprimido dos sujeitos, a bateria de testes foi readministrada dois anos depois para os depressivos que estavam, então, assintomáticos. Somente 15 de 73 alcançaram este critério e estavam dispostos ou disponíveis para participar. O escore deles de neuroticismo diminuiu de 28,6 (desvio padrão = 15,8) para 22,3 (desvio padrão = 16,2), mas a mudança não foi estatisticamente significativa. Nenhum dos escores das outras escalas mudou apreciavelmente. O que parece sugerir certa estabilidade das características de personalidade, em relação ao estado de humor do paciente.

Em outro estudo, Hirschfeld, Klerman, Clayton e Keller (1983) compararam, subsequentemente, (a) 26 pacientes do sexo feminino que tiveram recuperação completa de um episódio depressivo maior, por pelo menos duas semanas, (b) 134 parentes do sexo feminino que experienciaram um episódio depressivo maior, mas que no momento

estavam completamente recuperadas e (c) 272 parentes do sexo feminino sem qualquer história de transtorno mental. Foram administrados o MPI, o LKA, a *escala de ego resilience* do MMPI (que é inversamente relacionada com neuroticismo), o *Guilford-Zimmerman Temperament Survey* – GZTS (Guilford, Zimmerman & Guilford, 1976), que avalia estabilidade emocional, objetividade, sociabilidade, moderação, consideração, atividade geral e ascendência; e o *Inventário de Dependência Interpessoal* – IDI (Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin, & Chodoff, 1977), que avalia dependência emocional de outra pessoa, falta de autoconfiança social, e (pseudo) afirmação de autonomia. Os escores de neuroticismo do MPI para os dois grupos de recuperados foi significativamente mais alto do que os escores para o grupo de parentes que nunca adoeceram, mas eles foram comparáveis às normas publicadas. O grupo de parentes que nunca adoeceram obtiveram escores significativamente mais baixos do que as normas publicadas. O escore de estabilidade emocional do GZTS foi mais baixo para os grupos de recuperados do que para o grupo que nunca adoeceu, mas o escore para os pacientes recuperados não foi significativamente diferente das normas publicadas. Os escores da escala de força de ego para os grupos recuperados foram significativamente mais baixos do que os do grupo que nunca adoeceu. Hirschfeld e colaboradores (1983) sugeriram que esses resultados eram consistentes com estudos anteriores que encontraram que escores de neuroticismo de pacientes depressivos recuperados tendem a se situar dentro de limites normais, indicando talvez que escores obtidos durante a depressão podem ser produto artificial do humor do sujeito.

Os resultados foram mais encorajadores para as escalas de extroversão. O grupo de recuperados obteve escores significativamente mais baixos do que os que nunca adoeceram e do que as normas publicadas para extroversão do MPI e de sociabilidade do GZTS e eles também foram mais altos do que o grupo que nunca adoeceu na medida

de confiança emocional em outra pessoa, do IDI. Os parentes recuperados foram emocionalmente mais confiantes nos outros do que as normas publicadas, mas os pacientes recuperados não. Os pacientes recuperados obtiveram escores mais altos em falta de autoconfiança social do que os que nunca adoeceram e do que as normas publicadas, mas os escores para os parentes recuperados foram equivalentes aos do que nunca adoeceram e do que as normas publicadas. Assim, os pacientes recuperados eram menos extrovertidos e emocionalmente mais dependentes de outros.

Hirschfeld e colaboradores (1983) concluíram que “introversão social é a característica de personalidade mais poderosa, associada com depressão não-bipolar primária. Dependência interpessoal alta é um modesto segundo fator” (p.997). Eles sugeriram que essas mulheres tendem a ser introvertidas, hesitantes, contidas, dependentes, emocionalmente dependentes, submissas, passivas e com pouca autoconfiança (deve-se notar, todavia, que alguns desses traços podem ser mais associados com facetas de neuroticismo do que de introversão). Os autores admitiram que não podiam descartar a possibilidade de que os escores representaram uma complicação da experiência recente de depressão, mas os sujeitos não estavam deprimidos na ocasião da testagem e os autores expressaram uma inclinação em argumentar que seus “dados refletem mesmo características pré-mórbidas” (p.997). Esta é uma das dificuldades metodológicas do campo de pesquisa entre personalidade e psicopatologia, pois o estado de humor do paciente pode estar interferindo na sua maneira de interpretar o conteúdo do próprio inventário, instrumento de coleta do dado.

Considerando essa dificuldade metodológica, Hirschfeld, Klerman, Clayton, Keller, McDonald-Scott e Larkin (1983) relataram, em outro estudo, os resultados decorrentes da consideração do efeito do humor em inventários de auto-relato. Os sujeitos foram 88 pacientes (57 mulheres e 31 homens) que, à época da testagem inicial,

estavam sofrendo de depressão maior e, em um ano de acompanhamento, ou estavam completamente recuperados (n = 40; 25 mulheres e 15 homens) ou não recuperados (n = 48; 32 mulheres e 16 homens). A bateria de testes incluía o MPI, LKA, GZTS, IDI e escalas de força de ego do MMPI. Pacientes do sexo feminino e masculino, que haviam se recuperado, obtiveram escores significativamente mais baixos em neuroticismo do MPI, moralidade do LKA, falta de autoconfiança social do IDI e dependência emocional de outra pessoa, também no IDI; e escores significativamente mais altos em estabilidade emocional no GZTS, objetividade no GZTS e força de ego do MMPI. As pacientes recuperadas obtiveram escores significativamente mais altos em extroversão do MPI e sociabilidade do GZTS, enquanto nos homens manifestou-se apenas uma tendência nesta direção. Não ocorreram mudanças nos pacientes não recuperados. Hirschfeld, Klerman, Clayton, Keller, McDonald-Scott e colaboradores (1983) concluíram que “avaliações de força emocional e dependência interpessoal refletem mais o estado clínico de depressão do que traços ou características duradouras de personalidade” (p. 698). Resultados semelhantes foram relatados por Boyce, Hadzi-Pavlovic, Parker, Brodaty, Hickie, Mitchell e Wilhelm (1989), Joffe e Regan (1988), Liebowitz, Stallone, Dunner e Fieve (1979); Reich, Noyes, Coryell e O’Gorman (1986) e Wetzler, Kahn, Cahn, van Praag e Asnis (1990), embora em alguns casos os escores de extroversão foram mais resistentes a mudanças no humor do que os escores de neuroticismo. Ou seja, parece haver características mais dependentes do estado de humor, do que outras menos instáveis. Aparentemente, características de personalidade mais estáveis devem exercer uma influência direta sobre o curso e evolução do quadro clínico do paciente com depressão, facilitando ou dificultando a possibilidade maior ou menor de recuperação do paciente.

Com relação a esse aspecto da relação entre personalidade e psicopatologia Hirschfeld, Klerman, Andreasen, Clayton e Keller (1986) investigaram o efeito patoplástico da personalidade sobre o curso da depressão maior. Os sujeitos foram 19 pares de pacientes crônicos e recuperados que se equiparavam em idade, sexo, duração prévia do transtorno e no *status* de depressão primária ou secundária. Os depressivos crônicos (não recuperados) estavam deprimidos por um período de dois anos, enquanto os pacientes recuperados estavam completamente em remissão durante o primeiro ano e permaneceram bem durante o segundo ano. Os autores consideraram os dois grupos equivalentes com relação a tratamento, eventos de vida recentes, apoio social, classe social e história de perda prematura. As únicas variáveis que os diferenciavam foram obtidas da bateria de teste de personalidade. O grupo de pacientes crônicos obteve escores significativamente mais altos em Neuroticismo do MPI e escores mais baixos em força de ego do MMPI do que o grupo de pacientes recuperados, quando testados na ocasião em que entraram no estudo. Nenhuma diferença foi obtida com relação ao fator dependência do IDI ou qualquer das escalas de extroversão. Os autores concluíram que traços de neuroticismo contribuíram para a cronicidade da depressão.

Os escores do teste de personalidade, entretanto, foram obtidos enquanto os sujeitos ainda estavam, de certa forma, deprimidos. Era concebível, portanto, que os achados pudessem ser atribuídos à severidade do humor deprimido. Sujeitos mais severamente deprimidos proveriam escores mais altos em neuroticismo e podem ser menos responsivos ao tratamento. Hirschfeld e colaboradores (1986) compararam, então, os dois grupos na *Escala Hamilton de Depressão*, que avalia severidade de sintomas depressivos (Endicott, Cohen, Nee, Fleiss & Sarantakos, 1981) e o *Escore de Avaliação Global*, que avalia o nível de funcionamento geral (Endicott, Fleiss & Cohen, 1976). Não houve diferenças significativas entre os grupos e nenhuma das escalas

apresentou correlações significativas com qualquer medida de neuroticismo. Hirschfeld e colaboradores (1986) concluíram que não podiam pressupor que os índices de avaliação refletiram funcionamento pré-mórbido, mas, “talvez, a diferença de personalidade dos dois grupos... sejam exageros de diferenças pré-mórbidas” (p. 652).

No quinto relato, Hirschfeld, Klerman, Keller, Andreasen e Clayton (1986) compararam os traços de personalidade de pacientes com transtorno de humor bipolar recuperados (n = 45), com pacientes unipolares recuperados (n = 78), com pessoas que nunca adoeceram (n = 1172) e com as normas populacionais. As análises foram confinadas àqueles pacientes que tiveram recuperação completa, exibindo nenhum sintoma de transtornos afetivos, por pelo menos oito semanas. Tanto homens como mulheres bipolares e unipolares obtiveram neuroticismo do MPI mais altos e escores mais baixos de estabilidade emocional do GZTS e de força de ego do MMPI do que indivíduos que nunca adoeceram, mas os escores deles, novamente, foram comparáveis às normas de publicação (que também eram significativamente mais baixas do que o de indivíduos que nunca adoeceram). O mesmo padrão foi obtido para os escores de extroversão do GZTS para os sujeitos do sexo feminino. Os escores de extroversão do MPI e de sociabilidade do GZTS, para os homens com transtorno bipolar, foram semelhantes aos do grupo que nunca adoeceu e significativamente mais altos do que o grupo dos homens com transtorno unipolar. Devido ao fato de eles terem encontrado, com base em análises preliminares, que mesmo sintomas residuais menores têm um impacto em medidas de personalidade, os autores não puderam descartar a possibilidade de que os escores de neuroticismo foram uma consequência, mais do que um antecedente da depressão. Todavia, eles também relataram que nenhuma correlação significativa foi obtida entre o número de episódios de transtornos do humor e qualquer medida de neuroticismo.

Hirschfeld, Klerman, Keller e colaboradores (1986) sugeriram que as diferenças significativas do grupo que nunca adoeceu poderiam refletir um forte fator protetor nos que nunca adoeceram. Todavia, uma especulação mais intrigante foi a de que o grupo normativo incluía muitas pessoas que também tinham uma vulnerabilidade para depressão. Um grupo que nunca adoeceu pode ser mais hipernormal do que normal. Os escores de neuroticismo relatados no estudo de Hirschfeld e colaboradores (1983) podem ter, portanto, sugerido mal adaptabilidade, embora eles fossem comparáveis às normas publicadas.

Hirschfeld, Klerman, Keller e colaboradores (1986) concluíram também que a personalidade dos pacientes bipolares recuperados é amplamente consistente com a dos pacientes unipolares. “Ambos os grupos são emocionalmente menos fortes, mais introvertidos e mais interpessoalmente dependentes do que pessoas que nunca adoeceram mentalmente” (p.88). Esses resultados são consistentes com os de Bech, Shapiro, Sihm, Nielsen, Sorensen e Rafaelsen (1980) e com os de Reich e colaboradores (1986), que relataram (usando a mesma bateria de testes, mas uma amostra diferente) que os escores de neuroticismo, dependência e introversão de pacientes depressivos recuperados e pacientes com transtorno de pânico recuperados eram indistinguíveis. Juntos, esses resultados sugerem que neuroticismo e introversão ou provêm uma vulnerabilidade não específica para uma variedade de transtornos, ou que neuroticismo e introversão são a complicação usual de qualquer transtorno mental severo. Outros estudos relataram que pacientes de transtorno bipolar e pacientes de transtorno ciclotímico obtêm escores de extroversão um pouco mais altos (p.ex., Klein, Taylor, Harding & Dickstein, 1990; Liebowitz & colaboradores, 1979), mas isto não é surpreendente, dado os prováveis efeitos do estado maníaco (Widger & Trull, 1992), tais como elação do humor, auto-estima inflada, sentimentos de grandiosidade que, por

sua vez, podem levar a uma produção maior de comportamentos e atitudes de extroversão e busca de interação social.

Um outro ponto de fundamental importância na relação entre personalidade e psicopatologia refere-se à capacidade de predição que características específicas de personalidade podem ter ou não sobre a possibilidade de um indivíduo vir a desenvolver um transtorno mental. O relato final dessa série citada por Widger e Trull (1992) aborda, exatamente, este ponto, isto é, sobre a validade preditiva de traços de personalidade, com relação ao adoecer mental. Os sujeitos foram obtidos de um conjunto de 1.179 pessoas que estavam livres de qualquer transtorno mental, à época da testagem (943 parentes de primeiro grau de pacientes de transtorno afetivo, 117 esposas e 119 familiares como grupo controle), dos quais 473 também não tinham nenhuma história de transtorno mental, clinicamente significativa. Vinte e nove sujeitos experienciaram um episódio de depressão maior durante os próximos seis anos. Os escores do teste de personalidade desses 29 sujeitos (primeira crise) foram, então, comparados com aqueles de 370 sujeitos que continuaram livres de qualquer transtorno mental, neste período de seis anos (nunca adoeceram). Os grupos de primeira crise e o dos que nunca adoeceram foram distintos em neuroticismo do MPI, estabilidade emocional do GZTS, objetividade do GZTS, consideração do GZTS, controle egóico do MMPI e histeria do LKA. Não houve diferenças em nenhuma das escalas de dependência do IDI ou nas escalas de extroversão do MPI e do GZTS. Houve também uma interação substancial com o fator idade, com o efeito para neuroticismo alto sendo três vezes maior para um sujeito de 40 anos do que para um de 20 anos, o que os autores atribuíram ao declínio na relativa importância de fatores biogênicos na instalação do primeiro episódio de Depressão Maior, à medida que a pessoa se torna mais velha e à

tendência de sujeitos com baixo neuroticismo de se tornarem ainda mais resistentes à depressão, à medida que envelhecem.

Hirschfeld, Klerman, Lavori, Keller, Griffith e Coryell (1989) também compararam os resultados para o grupo dos que nunca adoeceram e para o grupo de primeira crise, com aqueles obtidos de pacientes que recuperaram completamente de depressão unipolar. Os resultados mostraram que os escores para os pacientes que tiveram recuperação completa estavam na direção menos saudável em todas as escalas. Diante disto, eles revisaram suas conclusões de relatos anteriores. Sua preocupação era com relação ao fato de que os resultados dos pacientes com recuperação completa possam ter sido adversamente afetados pela experiência prévia de um episódio depressivo e, portanto, poderia não ser uma medida válida de funcionamento pré-mórbido. “A presente investigação apóia esta questão... [e] nossos resultados sugerem fortemente que a experiência de depressão afeta *mesmo* a personalidade” (p. 350). É possível, também, que os pacientes completamente recuperados tivessem índices mais altos em neuroticismo do que os pacientes de primeira crise.

Hirschfeld e colaboradores (1989) concluíram que “as características de personalidade mais preditivas de instalação da primeira crise eram aquelas indicativas de força emocional diminuída, tais como estabilidade emocional e menos habilidade para reagir a situações estressantes” (p. 348). Todavia, eles ficaram um pouco desapontados, pois esperavam verificar que dependência e introversão eram fatores para uma predisposição para depressão. Os resultados foram inconsistentes com o estudo de Hirschfeld e colaboradores (1983), que encontraram mais apoio para dependência e introversão do que para neuroticismo. Eles afirmaram também que as características de personalidade “servem como fatores não específicos de vulnerabilidade para doença mental em geral” (p. 348).

Todavia, o fracasso em confirmar a importância de introversão e dependência pode ter sido, em parte, devido a um viés de amostragem. Hirschfeld e colaboradores (1989) tentaram prever a instalação de uma severa variante de depressão numa amostra de sujeitos constituída, em grande parte, de parentes de depressivos. A depressão que poderia ocorrer nesses sujeitos pode, portanto, ter uma etiologia mais genética do que psicossocial (Widger & Trull, 1992).

As séries de estudos de Hirschfeld e colaboradores, apresentados por Widger e Trull (1992), ilustram bem as várias formas de relação entre personalidade e depressão e a complexidade em entender essas relações. É provável que todas as formas de relação entre personalidade e depressão se apliquem (i.é., predisposição, patoplastia, complicação e espectro), mas distingui-las em estudos não longitudinais, ou mesmo em estudos longitudinais, pode ser extremamente difícil. Neuroticismo, introversão e dependência podem predispor uma pessoa a desenvolver um transtorno mental do Eixo I, mas esse efeito não é inevitável, nem será necessariamente específico de um transtorno mental em particular. Transtornos mentais tendem a ter uma etiologia complexa e multifatorial da qual a personalidade é apenas um fator de contribuição (Widger & Trull, 1992).

Para os autores, neuroticismo parece prover uma vulnerabilidade geral, inespecífica, embora a diferenciação de suas várias facetas possa melhorar a especificidade da relação. Uma das áreas mais promissoras de pesquisa sobre personalidade e depressão diz respeito à vulnerabilidade de pessoas que investem suas fontes de auto-estima numa área limitada tais como relacionamentos e realizações (Barnett & Gotlib, 1988).

Hirschfeld e colaboradores (1989) também demonstraram que até estudos longitudinais, nos quais a pessoa é avaliada antes da instalação de um Transtorno do

Eixo I, podem produzir resultados ambíguos. Eles sugeriram que os escores elevados de neuroticismo dos sujeitos podem, de fato, não ter representado uma predisposição, mas sim uma fase prodrômica de uma subsíndrome depressiva. Isto é, um fenômeno clínico preliminar que revela o início da doença.

Alguns deles podem, de fato, refletir estados afetivos pré-sindrômicos em processo de se tornarem sindrômicos. Desde que o conjunto de itens de neuroticismo contém muitos itens emocionalmente sensíveis, é provável que sujeitos subsindrômicos irão pontuar numa extensão de anormalidade. Isto levanta a difícil questão do que realmente significa pré-mórbido. Tendo em vista que estados subsindrômicos são prováveis de terem longa duração, como esses estados podem ser conceitualmente e operacionalmente separados de anormalidades da personalidade, é a questão colocada por Hirschfeld e colaboradores (1989).

Widger e Trull (1992) pontuam que é possível que estes estados crônicos não possam ser (e não devam ser) distinguidos de um traço de personalidade. Neuroticismo, por exemplo, também poderia representar, em parte, uma variação caracterológica de patologia do humor (Klein, Taylor, Dickstein & Harding, 1988). Neuroticismo é uma dimensão de personalidade, pois envolve um padrão crônico e estável de pensamento, sentimento e comportamento (APA, 1987; McCrae, 1983). Todavia, é também uma dimensão de disfunção da personalidade, indicando, em parte, uma disposição para experienciar afetos negativos, tais como raiva, tristeza e ansiedade (Watson & Clark, 1984). Está altamente correlacionado com estados afetivos e pode, de fato, ser indistinguível de depressões e ansiedades crônicas moderadas. Depressão, portanto, não é simplesmente um transtorno do humor. Também pode representar, em parte, um transtorno de personalidade (Bagby, Schüller, Marshall & Ryder, 2004; Widger, 1989; Zonderman & colaboradores, 1990).

Críticos do modelo de personalidade da depressão argumentaram que há pouca evidência para uma vulnerabilidade estável para depressão. Níveis elevados de traços de personalidade, como neuroticismo, podem refletir a severidade de sintomas depressivos, mas eles não existem independentemente de sintomas depressivos (Barnett & Gotlib, 1988; Coyne & Gotlib, 1983). Embora alguns estudos tenham demonstrado que traços de personalidade como neuroticismo e fatores específicos de vulnerabilidade como dependência e autocrítica realmente demonstrem estabilidade no tempo, a maior parte dos estudos favorece o segundo grupo de modelos, isto é, aqueles que postulam que a personalidade, por si mesma, é incidental com relação à instalação e ao curso da depressão clínica. Alguns estudos mostraram que fatores de personalidade predizem mesmo a instalação de sintomas depressivos (Block, Gjerde & Block, 1991) e de episódios depressivos (Kendler, Kessler, Neale, Heath, & Eaves, 1993); todavia, muitos estudos não mostraram isso. Devido ao fato de os escores geralmente diminuírem, após intervenções terapêuticas, os críticos concluíram que a personalidade e os fatores de vulnerabilidade tidos como constituintes de uma vulnerabilidade para depressão, não são estáveis. São dependentes de graus de severidade da depressão e não podem ser usados como marcos de risco ou vulnerabilidade para estados depressivos (Haynes, 1992).

De fato, demonstrar que fatores de personalidade como neuroticismo e extroversão são estáveis no contexto de mudança aguda é crucial para os modelos que propõem que a personalidade pode influenciar o curso e a instalação da depressão. Mesmo assim e apesar de consideráveis pesquisas examinando a estabilidade de escores de personalidade, em contexto de tratamento de um transtorno depressivo, Santor e colaboradores (1997) destacam que duas importantes questões não foram adequadamente tratadas. Primeiramente, estudos examinando a estabilidade de escores

de personalidade, em contexto de tratamento para a depressão, focaram mais, quase exclusivamente, a estabilidade absoluta dos escores do que a estabilidade relativa dos escores. A estabilidade absoluta enfatiza a extensão na qual os escores de personalidade mudam com o tempo, enquanto que a estabilidade relativa enfatiza o grau em que diferenças relativas entre os indivíduos permanecem a mesma com o tempo. Santor e colaboradores (1997) sugerem que os estudos não têm examinado adequadamente a estabilidade relativa de traços de personalidade, no contexto de mudança aguda. Se os traços de personalidade devem ser vistos como moderadores potenciais, envolvidos no processo de mudança aguda, devem, então, apresentar estabilidade através do período de mudança aguda. Ademais, estudos examinando mudança absoluta em medidas de personalidade não mostraram que mudanças nos escores de personalidade são diretamente relacionadas a mudanças nos escores de depressão. Nenhum estudo avaliou explicitamente, a extensão em que mudanças em escores absolutos de personalidade podem ser atribuídas a mudanças observadas em níveis absolutos de severidade de depressão.

Em seu estudo, Santor e colaboradores (1997) abordam duas questões amplas. Primeiro, eles avaliaram uma questão teórica mais ampla, concernente à estabilidade da personalidade no contexto de mudança e distinguiram estabilidade relativa de estabilidade absoluta. Segundo, eles examinaram questões mais específicas, concernentes ao grau em que a estabilidade relativa na personalidade pode ser explicada pela estabilidade relativa na severidade da depressão e como mudanças na personalidade são relacionadas a mudanças na severidade da depressão. Eles examinaram um grupo de 71 pacientes ambulatoriais, recebendo um tratamento farmacoterápico por cinco semanas. Os pacientes ambulatoriais também completaram medidas de sintomas de auto-relato e inventários de personalidade, incluindo o

Inventário Beck de Depressão – BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) e o *NEO Personality Inventory* (NEO-PI; Costa & McCrae, 1985, 1989). Todos os pacientes que encontraram o critério do *Research Diagnostic Criteria* para depressão unipolar, depressão não psicótica e que não estavam sofrendo de nenhuma doença médica concorrente foram incluídos no estudo. Os participantes estavam sem uso de psicofármacos, por pelo menos duas semanas, antes de serem avaliados e iniciado a tratamento.

Os resultados indicaram que as correlações teste-reteste para a escala *Hamilton de Depressão* e o *Inventário Beck de Depressão* (BDI), geralmente, foram similares, assim como o foram as correlações teste-reteste para neuroticismo e extroversão do NEO. Todavia, os coeficientes de teste-reteste para as medidas de personalidade foram significativamente maiores do que os coeficientes de teste-reteste para as medidas de depressão ($p < 0,001$).

Os resultados para mudança de escores para as medidas de depressão e personalidade indicaram que todos os escores mudaram significativamente para as medidas de depressão e personalidade. Os escores do BDI, da escala Hamilton e de neuroticismo diminuíram com o tempo, enquanto os escores de extroversão aumentaram com o tempo. Apesar das mudanças significativas, os escores de neuroticismo para ambos os sexos, depois de cinco semanas de tratamento, foram significativamente maiores do que as normas correspondentes para idade e gênero ($p < 0,001$) e os escores de extroversão para ambos os sexos, após cinco semanas de tratamento, foram significativamente menores do que as normas correspondentes para idade e gênero ($p < 0,001$).

Os autores avaliaram também, através de modelos de regressão hierárquica, a extensão em que a estabilidade nas diferenças relativas entre os escores de

personalidade pode ser explicada pelas diferenças individuais na severidade depressiva. Foi feita a regressão dos escores de neuroticismo no fim do tratamento sobre os escores de depressão do fim e do começo do tratamento, seguidos pelos escores de neuroticismo do início do tratamento.

Os resultados também mostraram que estabilidade relativa e mudança absoluta na personalidade podem ser observadas em contexto de mudança aguda na severidade depressiva. Durante as cinco semanas experimentais com farmacoterapia, ambos escores de personalidade e depressão diminuíram significativamente. Apesar da considerável mudança absoluta observada nas medidas de neuroticismo e depressão, uma estabilidade marcante nas diferenças relativas em neuroticismo entre os indivíduos foi observada. Diferenças relativas em neuroticismo no 1º período de tempo (início do tratamento) foram mais bem explicadas pelas diferenças relativas no 2º período de tempo (fim do tratamento), independente de diferenças individuais na severidade depressiva, em ambos os períodos. Análises semelhantes foram feitas também para extroversão. Os resultados demonstraram que deve haver dois componentes distintos para estabilidade – estabilidade relativa e absoluta – e que um não envolve ou pressupõe, necessariamente, o outro. Pois, mesmo quando considerável mudança absoluta é experienciada num breve período de tempo, um alto grau de estabilidade relativa pode ser observado em medidas de personalidade.

Outra avaliação diz respeito à extensão em que mudanças na personalidade podem ser explicadas por mudanças na depressão, um tópico até então não verificado por estudos prévios sobre depressão e personalidade (Santor & colaboradores, 1997). As mudanças de escores para neuroticismo foram regredidas sobre as mudanças de escores para o BDI. A mesma análise foi realizada para os escores de extroversão. As mudanças observadas nos escores das medidas de personalidade foram somente modestamente

explicadas em termos de mudanças na depressão. Apenas 12% da variância na mudança dos escores de personalidade pode ser explicada em termos de mudança nos escores de depressão. Mudanças em ambos escores, de personalidade e de depressão, foram observadas durante o experimento de cinco semanas de farmacoterapia; todavia, as mudanças na personalidade não puderam ser explicadas por mudanças na severidade da depressão.

Em resumo, esses achados mostram que embora mudanças absolutas na personalidade ocorram, um alto grau de estabilidade relativa também pode ser observado e que tanto a estabilidade relativa como a mudança absoluta na personalidade não podem ser explicadas, diretamente, pelas diferenças individuais ou por mudanças absolutas na severidade depressiva. Embora os resultados não excluam a possibilidade de que a personalidade é influenciada por níveis de severidade depressiva, em conexão com alguma outra variável, ou que a personalidade, em conexão com alguma outra variável, possa influenciar a depressão, os resultados mostraram que a personalidade não é meramente uma concomitante direta da severidade depressiva ou o resultado direto de uma causa comum, também responsável pelos níveis atuais de depressão (Santor & colaboradores, 1997).

O trabalho de Santor e colaboradores (1997) aponta para uma questão de importância fundamental na avaliação da relação existente entre personalidade e depressão: a verificação da estabilidade relativa da personalidade no contexto de mudança absoluta na severidade da depressão. Esta questão, até então não avaliada ou observada em outros estudos, permite aos pesquisadores começarem a questionar por que um indivíduo que apresenta vários, ou mesmo alguns sintomas residuais de depressão, no fim do tratamento, é mais ou menos resistente à mudança, ou é mais ou menos suscetível a recaídas do que outro. Encontrar evidência de estabilidade relativa

em medidas de personalidade, como o fez o estudo de Santor e colaboradores (1997), possibilita a consideração de medidas de personalidade como fatores explicativos da diferença sintomática entre indivíduos, no curso ou expressão de um transtorno depressivo, viabilizando uma maior adequação no manejo terapêutico para cada caso.

Hipóteses

Este estudo tem por objetivo a investigação de dois tipos possíveis de relações entre características de personalidade e sintomas depressivos. Os aspectos da personalidade hipoteticamente mais relacionados com sintomas depressivos são os traços de personalidade neuroticismo ou estabilidade emocional e extroversão. Os sintomas depressivos são os decorrentes da avaliação da severidade de sintomas, via *Inventário Beck de Depressão* (BDI). No primeiro tipo de relações, traços de personalidade predis põem o indivíduo aos episódios de depressão. Além de torná-lo vulnerável, também podem influenciar o curso e a expressão dos sintomas depressivos. Em contraste a este primeiro tipo de relações, o segundo tipo considera que a influência dos traços de personalidade é apenas incidental, não sendo um agente de predisposição ou de expressão.

Para investigar estas hipóteses é necessário que se observe o que acontece tanto com as manifestações dos traços de personalidade, quanto com os sintomas depressivos, antes e depois de alguma forma de intervenção terapêutica. É necessário comparar as mudanças relativas entre o antes e o depois nas características de personalidade e sintomas depressivos em um grupo de pacientes, submetidos a um tratamento antidepressivo. Duas mudanças podem ser observadas entre o antes e o depois: mudança ou estabilidade absoluta e mudança ou estabilidade relativa. O índice de mudança *absoluta* é obtido com a comparação entre as médias antes e depois do que for mensurado (*teste-t* pareado). O valor dessas diferenças entre médias reflete a

estabilidade ou mudança absoluta dos índices que representam características de personalidade ou grau de sintomatologia depressiva. Já a estabilidade ou mudança *relativa* reflete a posição relativa de cada indivíduo dentro do grupo, isto é, do grupo de resultados *antes* e do grupo de resultados *depois*. O índice estatístico que representa essa posição relativa é a correlação linear entre dois conjuntos de medidas. Correlação elevada entre as medidas de depressão do antes e do depois, por exemplo, implica que os participantes do estudo mantiveram, em grande parte, suas posições relativas no grupo, em termos de depressão. O mesmo pode ocorrer para as características de personalidade: uma correlação elevada entre os índices de extroversão antes e depois, por exemplo, significa que quem apresentou baixa extroversão antes (com relação aos outros membros do grupo) continua apresentando baixa extroversão depois (também com relação aos outros membros do grupo). Dessa forma, é perfeitamente possível que um determinado grupo de pacientes apresente baixa estabilidade absoluta entre o antes e o depois do tratamento (as médias são significativamente diferentes) e, ao mesmo tempo, também apresente grande estabilidade relativa (as correlações também podem ser elevadas e significativas). Tomando-se como exemplo os sintomas de depressão, pode ocorrer que, *em média*, todos diminuam suas manifestações depressivas, mas que também permaneçam com as mesmas posições relativas no pós-tratamento, quando comparados com a situação pré-tratamento.

Para demonstrar que traços de personalidade estão envolvidos no início e na expressão de episódios depressivos (primeiro tipo ou hipótese de relações) é necessário mostrar (1) que existe uma estabilidade relativa dos mesmos entre o antes e o depois do tratamento e (2) que os índices da estabilidade relativa dos traços de personalidade não podem ser preditos a partir dos índices de severidade de depressão.

Portanto, as hipóteses específicas desse estudo são:

1) Ocorre estabilidade relativa nas dimensões de personalidade, avaliadas conforme o modelo dos cinco grandes fatores, em um grupo selecionado de pacientes com Transtorno Depressivo Maior, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV. Isto é, serão observadas correlações elevadas e significativas entre o antes e o depois do tratamento antidepressivo pelo menos nas características de personalidade *extroversão* e *estabilidade emocional*. Seguindo-se a literatura, espera-se que o mesmo também possa ocorrer com os outros três traços principais de personalidade (*conscienciosidade*, *abertura* e *cordialidade*). Mas, no caso desses três fatores, sugere-se igualmente que sejam menos correlacionados ou influenciados pelos estados depressivos, isto é, que não sofram grandes mudanças absolutas em função de mudanças absolutas na depressão. Isto não implica, necessariamente, que eles não possuam estabilidade relativa: espera-se que apresentem estabilidade absoluta (não se alterem com mudanças no estado de humor do paciente – confirmando que são pouco influenciados por estados depressivos –, mas que também apresentem boa estabilidade relativa).

2) A estabilidade relativa das características de personalidade *extroversão* e *estabilidade emocional* entre o antes e o depois do tratamento não é explicada por mudanças na severidade depressiva. Mas os níveis desses traços (*estabilidade emocional* e *extroversão*) no pós-tratamento são significativamente preditos pelos níveis pré-tratamento, uma vez eliminadas as variâncias devidas aos índices de depressão. Espera-se que o mesmo ocorra quanto aos outros três grandes traços de personalidade (*conscienciosidade*, *abertura* e *cordialidade*), principalmente por eles não serem considerados como envolvidos ou relacionados com a sintomatologia depressiva.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Amostra

Participaram da amostra final deste estudo 30 pacientes com diagnóstico de depressão, de acordo com os critérios do DSM-IV. Os pacientes eram provenientes de um hospital psiquiátrico de médio porte, localizado em Goiânia. Esta instituição conta com serviços de internação, semi-internação (hospital-dia) e ambulatório. Desta amostra, 13,3% estavam internados, 53,3% freqüentavam o hospital-dia e 33,3% eram pacientes ambulatoriais. Todos usavam medicamentos antidepressivos e/ou estabilizadores do humor. Os pacientes sob regime de internação ou semi-internação freqüentavam sessões de terapia ocupacional e grupoterapia. Dos pacientes ambulatoriais 40% também estavam sob psicoterapia individual.

Do total, 90% eram do sexo feminino (n = 27) e 10% do sexo masculino (n = 3), 16,7% tinham idade entre 18 e 32 anos, 45,6% de 32 a 46 anos e 37,7% de 46 anos (inclusive) a 61 anos (média de idade = 40,4 anos, desvio padrão = 10,52 anos).

Em relação ao estado civil, 46,7% era composto de sujeitos casados, 36,7% de solteiros, 13,3% separados e 3,3% de viúvos. Quanto à escolaridade, 36,7% tinham apenas o ensino fundamental, 40% tinham ensino médio, 20% ensino superior e somente 3,3% possuíam pós-graduação. No que diz respeito à ocupação, 26,7% eram profissionais liberais ou autônomos, 36, 6% eram assalariados, 20% eram do lar e 16,7% exerciam outros tipos de atividades profissionais não classificadas.

Instrumentos

Inventário Reduzido dos Cinco Fatores de Personalidade – ICFP-R (Tróccoli & Vasconcelos, 1999; Pasquali, Araújo, & Tróccoli, 1999) é um instrumento composto

por 116 sentenças que permitem que o indivíduo se autodescreva em cada um dos cinco grandes traços ou fatores básicos da personalidade: estabilidade emocional (neuroticismo 19 itens; $\alpha = 0,89$), conscienciosidade (20 itens; $\alpha = 0,88$), abertura (intelecto 17 itens; $\alpha = 0,82$), agradabilidade (cordialidade 13 itens; $\alpha = 0,82$) e extroversão (12 itens; $\alpha = 0,83$) (Anexo 1). Cada sentença autodescritiva é acompanhada de uma escala likert de 7 pontos: 1 = não tem nada a ver comigo; 2 = descreve quase nada; 3 = descreve muito pouco; 4 = não sei; 5 = descreve pouco; 6 = descreve bastante; 7 = descreve totalmente.

Inventário Beck de Depressão – BDI. O BDI é um instrumento de auto-relato desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) e adaptado para o Brasil por Cunha (2001), contendo 21 itens que avaliam a presença e a severidade de manifestações do humor, bem como manifestações cognitivas, motivacionais, psicomotoras e vegetativas, típicas da depressão. Para cada item, são apresentadas quatro alternativas de respostas, constituídas por afirmativas que expressam a intensidade ou severidade do sintoma, por exemplo: (0 = Não me sinto triste; 1 = Eu me sinto triste; 2 = Estou sempre triste e não consigo sair disto; 3 = Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar). Em sua adaptação para o Brasil, Cunha (2001) encontrou um coeficiente alfa de 0,82 para a única dimensão do BDI, em uma amostra de 1.746 estudantes universitários.

Procedimentos

Os pacientes foram selecionados, pelo psiquiatra da instituição, dentre aqueles que preenchiam os critérios de diagnóstico para depressão unipolar. Todos apresentavam a depressão como diagnóstico primário e procurou-se excluir aqueles que possuíam co-morbidade, tais como transtornos do eixo II e dependência de substâncias psicoativas. Os pacientes com sintomas psicóticos também foram excluídos, bem como aqueles portadores de transtorno bipolar e distímia.

Foram obtidos de todos os pacientes o consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Os pacientes foram apontados pelo psiquiatra e discutidos com a autora e uma psicóloga da instituição. A discussão tinha por base os dados clínicos de cada sujeito, registrados em um formulário padrão de anamnese psiquiátrica, anexado ao seu prontuário (Anexo 3). Este formulário tem o formato de entrevista semi-estruturada, pois procura dirigir o entrevistador para cada aspecto que deve ser obrigatoriamente examinado na entrevista diagnóstica. Este formato assegurou que a avaliação diagnóstica do paciente havia sido devidamente realizada, que o diagnóstico foi estabelecido de acordo com os critérios do DSM-IV, permitindo a exclusão de casos inconclusivos ou com uma história clínica incompleta ou duvidosa.

Os pacientes internos e semi-internos eram avaliados pela equipe técnica da instituição pelo menos uma vez por semana e os pacientes ambulatoriais de 30 em 30 dias. Os pacientes selecionados estavam em crise, independente de ser uma primeira crise depressiva ou uma recaída e foram convidados e encaminhados para a pesquisa, em média, até uma semana após a formulação diagnóstica.

Utilizou-se o método de teste-reteste, sendo que a administração dos instrumentos foi realizada pela autora ou pela psicóloga da instituição, devidamente treinada em uma entrevista piloto quanto aos procedimentos, em função dos objetivos da pesquisa, uniformizando-se a aplicação. As aplicações foram realizadas em consultório, na própria instituição e em ambiente reservado. O intervalo mínimo para a realização do reteste foi de 30 dias e o critério para sua efetivação era a melhora no quadro clínico do paciente (remissão parcial ou total). O tempo médio de intervalo entre as duas aplicações foi de sete semanas. Os instrumentos foram aplicados na forma de entrevista, no sentido de que o aplicador era quem fazia a leitura em voz alta para o paciente, marcando as alternativas indicadas por ele. O paciente dispunha de uma cópia

de cada instrumento, de maneira que pudesse acompanhar a leitura. Tal procedimento foi adotado levando-se em consideração o quadro clínico do paciente, que interfere no seu processo cognitivo e motivacional. Um outro fator que determinou a escolha desse procedimento foi o nível de escolaridade de grande parte da amostra, que dificultava a leitura e compreensão dos itens.

Além dos 30 pacientes avaliados (teste-reteste) e que efetivamente compuseram a amostra final deste estudo, não foi possível realizar o reteste de outros dez pacientes, motivo de sua eliminação da pesquisa, por perda de contato destes com a instituição, ou pelo nível de dificuldade de compreensão dos itens dos instrumentos ou, ainda, pela reconsideração do diagnóstico do paciente ao ser discutido o caso pela equipe.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Inicialmente, foram calculados as médias, desvios padrões e as correlações pré e pós-teste das medidas de depressão e dos fatores de personalidade. Os resultados, reproduzidos na Tabela 3.1, indicam que as correlações teste-reteste para os fatores estabilidade emocional e extroversão foram fortes e estatisticamente significativas. O mesmo não ocorreu para o teste-reteste da medida de depressão. Estas correlações indicam a presença de estabilidade relativa para as características de personalidade, mas não para os níveis de depressão. Não houve multicolinearidade.

Tabela 3.1: Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis

Variável	1 BDI (1)	2 BDI (2)	3 Estabi (1)	4 Estabi (2)	5 Extrov (1)	6 Extrov (2)	M	DP
1. BDI (1)	---						34,80	8,340
2. BDI (2)	0,101	---					22,90	9,614
3. Estabi (1)	-0,260	-0,127	---				3,06	0,932
4. Estabi (2)	-0,030	-0,345	0,765**	---			3,47	0,934
5. Extrov (1)	-0,258	-0,471**	0,130	0,124	---		3,76	0,855
6. Extrov (2)	-0,042	-0,539**	0,061	0,293	0,773**	---	4,12	1,149

Nota: Os coeficientes em negrito são as correlações teste-reteste. BDI = Inventário Beck de Depressão; Estabi = Estabilidade Emocinal; Extrov = Extroversão; (1) = teste; (2) = reteste.

** Correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

* Correlação é significativa ao nível 0,05 (2-tailed).

Antes do tratamento, no teste, os índices de correlação entre BDI e estabilidade emocional e entre BDI e extroversão foram negativos, revelando relações inversas entre a severidade da depressão (BDI) e esses fatores de personalidade: quanto maior o relato de sintomas de depressão menor os índices de estabilidade emocional e de extroversão. Este mesmo padrão revelou-se mais forte ainda no pós-teste.

Com relação às mudanças nos escores médios para o BDI (Tabela 3.2), observou-se uma diminuição do teste para o reteste e, por outro lado, um aumento tanto nos escores de estabilidade emocional quanto nos escores de extroversão. Estas mudanças correspondem à ausência de estabilidade *absoluta* nos dois tipos de medidas.

Como esperado, o tratamento diminuiu o relato de sintomas depressivos e aumentou o relato de características de personalidade positivas – no sentido de antagônicas à depressão. Observe-se, no entanto, que se trata de ausência de estabilidade *absoluta* em contraste com os resultados anteriores da Tabela 3.1 que representaram estabilidade *relativa*.

Tabela 3.2: Mudança Absoluta dos Fatores de Personalidade e Depressão

Variável	M	SE	t(29)	P
BDI	11,90	2,215	5,374	0,000
Estabi	-0,41	0,117	-3,523	0,001
Extrov	-0,36	0,133	-2,723	0,011

Nota: BDI = Inventário Beck de Depressão. Estabi = Estabilidade Emocional; Extrov = Extroversão.

Esses resultados são também consistentes com numerosos estudos demonstrando que os escores de personalidade se alteram (são instáveis, no sentido absoluto) em um contexto de mudança da severidade depressiva (Hirschfeld & colaboradores, 1983; Haynes, 1992).

Os resultados das Tabelas 3.1 e 3.2 sugerem que, embora uma mudança nos níveis *absolutos* de depressão e personalidade tenha sido observada do teste para o reteste, as medidas de personalidade ainda demonstraram um grau significativo de estabilidade *relativa*.

Dado que algum grau de estabilidade foi observado nas medidas de depressão e que essas medidas de depressão foram relacionadas a medidas de estabilidade emocional e a medidas de extroversão, tanto no teste como no reteste, examinou-se, então, a extensão em que a estabilidade relativa da *estabilidade emocional* e da *extroversão* pode ser explicada por diferenças relativas na severidade depressiva entre indivíduos. Para tanto, foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas onde foi

possível verificar até que ponto (1) os sintomas depressivos no pré-teste e pós-teste podem prever as características de personalidade e (2) até que ponto as características de personalidade no pré-teste podem explicar as mesmas características de personalidade no pós-teste, uma vez controlada ou eliminada a explicação devida aos sintomas depressivos. Foi hipotetizado que os índices de depressão não explicariam significativamente os níveis de personalidade, mas os níveis de personalidade no pré-teste explicariam os níveis de personalidade no pós-teste, para além do já explicado pela depressão. Dessa forma, poder-se-ia argumentar que a personalidade independe da depressão, não possuindo uma causa comum ou sendo apenas mais um fator complicador.

Iniciando com a estabilidade emocional, fez-se a regressão dos escores do reteste sobre (1) os escores de depressão do pós-teste no primeiro bloco, seguido (2) da regressão dos escores da estabilidade emocional sobre os escores da depressão no pré-teste, e (3) da regressão dos escores de estabilidade emocional do pré-teste sobre o pós-teste. Ao aplicar a regressão, primeiramente, nos escores do pós-teste da estabilidade emocional sobre os escores do pré-teste e do pós-teste da depressão, remove-se, efetivamente, qualquer variância nos escores da estabilidade emocional pós-teste, relacionada à severidade depressiva, antes de examinar a relação entre os escores de estabilidade emocional no pós-teste, devido à estabilidade emocional do pré-teste.

Ao demonstrar que a variância nos resultados do pós-teste da estabilidade emocional pode ser predita pelos escores do pré-teste da estabilidade emocional, após a retirada dos efeitos devidos aos escores do pré-teste e pós-teste da depressão, demonstra-se que a estabilidade relativa dos escores de personalidade não pode ser explicada em termos da severidade depressiva. O fato de se demonstrar uma relação entre os escores de estabilidade emocional do pós e pré-teste, argumenta contra a visão

de que os escores de personalidade são meramente uma concomitância da severidade depressiva ou o resultado de uma causa comum compartilhada com a severidade da depressão. Análises semelhantes, fundamentadas no mesmo raciocínio, também foram conduzidas para o fator extroversão.

Os resultados das regressões hierárquicas são apresentados na Tabela 3.3 (página seguinte) e confirmam parcialmente o que foi hipotetizado. Parcialmente porque uma quantidade significativa de variância nos resultados do pós-teste do traço extroversão também pode ser predita pela variância dos escores de depressão. Mesmo assim, o principal resultado se mantém: tanto para a estabilidade emocional, quanto para a extroversão, a estabilidade relativa (Tabela 3.1) se manteve e os resultados do pré-teste foram preditores dos resultados do pós-teste, uma vez controladas as influências preditivas dos sintomas depressivos.

As análises expostas indicam que os fatores de personalidade, como estabilidade emocional e extroversão, embora sofram mudanças absolutas em seus escores, num contexto de mudança na severidade da depressão, ainda mantém uma estabilidade relativa em seus escores. Isso aponta na direção da possibilidade de uso de tais fatores como um elemento importante no manejo de pacientes depressivos.

As mesmas análises apresentadas nas Tabelas 3.1 a 3.3 foram realizadas com os três fatores restantes do modelo pentafatorial: conscienciosidade, agradabilidade (cordialidade) e abertura/intelecto. Justifica-se uma apresentação separada desses fatores por serem os menos discutidos na literatura sobre a relação entre personalidade e depressão, visto serem os menos correlacionados com esse transtorno. Mesmo assim, é importante verificar como esses fatores se apresentaram nesta amostra.

Tabela 3.3: Estabilidade Relativa dos Escores de Estabilidade Emocional e Extroversão, Explicando a Severidade Depressiva no Teste e no Reteste.

Variável Dependente	Ordem Hierárquica	Variável Preditiva	R^2	$F(1, 29)$	P
Estabi (2)	1	BDI (2)	0,119	3,793	0,062
	2	BDI (1)	0,119	1,829	0,180
	3	Estabi (1)	0,685	18,835	0,000
Extrov (2)	1	BDI (2)	0,291	11,474	0,002
	2	BDI (1)	0,291	5,537	0,010
	3	Extrov (1)	0,662	16,951	0,000

Nota: BDI = Inventário Beck de Depressão; Estabi = Estabilidade Emocional; Extrov = Extroversão; (1) = teste; (2) = reteste.

As médias, desvios-padrões e as correlações entre as medidas de depressão e os três fatores restantes são apresentadas na Tabela 3.4. Verificou-se que essas medidas de personalidade também se relacionaram com as de depressão, tanto no teste como no reteste. Também houve algumas diferenças entre as medidas de personalidade e depressão. Os resultados indicaram que as correlações teste-reteste para conscienciosidade, agradabilidade (cordialidade) e intelecto/abertura foram similares. Todavia, também aqui os coeficientes de teste-reteste para as medidas de personalidade foram significativamente maiores do que os coeficientes teste-reteste para as medidas de depressão. No teste, os índices de correlação entre BDI e conscienciosidade e intelecto/abertura foram negativos, indicando que a relação entre a severidade da depressão (BDI) e esses fatores de personalidade foi inversamente proporcional, sendo que esta relação apresentou-se mais forte para o reteste, no fator conscienciosidade. Já o fator agradabilidade apresentou um índice negativo de correlação com o BDI somente no reteste.

Tabela 3.4: Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis

Variável	1 BDI (1)	2 BDI (2)	3 Consc (1)	4 Consc (2)	5 Agrada (1)	6 Agrada (2)	7. Intele (1)	8. Intele (2)	M	DP
1. BDI (1)	---								34,80	8,34
2. BDI (2)	0,101	---							22,90	9,614
3. Consc (1)	- 0,252	- 0,532**	---						5,31	0,801
4. Consc (2)	- 0,155	- 0,476**	0,718**	---					5,31	0,804
5. Agrada (1)	0,083	- 0,028	0,269	0,192	---				5,81	0,601
6. Agrada (2)	0,022	- 0,083	0,209	0,283	0,708**	---			5,80	0,600
7. Intele (1)	- 0,567*	- 0,367*	0,370*	0,455*	- 0,146	- 0,080			4,48	1,048
8. Intele (2)	- 0,427*	- 0,448*	0,383*	0,598**	- 0,047	0,027	0,861**		4,54	0,966

Nota: Os coeficientes em negrito são as correlações teste-reteste. BDI = Inventário Beck de Depressão; Consc = Conscienciosidade; Agrada = Agradabilidade (cordialidade); Intele = Intelecto / Abertura; (1) = teste; (2) = reteste.

** Correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

* Correlação é significativa ao nível 0,05 (2-tailed).

Com relação aos escores médios do teste para o reteste, observou-se, para o fator conscienciosidade, que as médias se mantiveram iguais, enquanto que para os fatores agradabilidade e intelecto /abertura as médias mantiveram-se praticamente iguais.

Os resultados das diferenças de escores do teste para o reteste das medidas de personalidade são apresentados na Tabela 3.5. Os resultados indicaram que não houve mudanças significativas de escores para essas medidas de personalidade, como houve para a medida de depressão. Os escores do BDI diminuíram com o tempo, conforme visto anteriormente (Tabela 3.2), enquanto que os escores de conscienciosidade, agradabilidade e intelecto/abertura mantiveram-se estáveis com o tempo, ou seja, as mudanças não foram estatisticamente significativas (confirmando que são pouco influenciados por estados depressivos). Esses resultados indicam que os escores desses fatores de personalidade não se alteram num contexto de mudança da severidade depressiva, revelando-se estáveis, mesmo num contexto de mudança na severidade da depressão.

Tabela 3.5: Mudança Absoluta dos Fatores de Personalidade e Depressão

Variável	M	SE	<i>t</i> (29)	<i>P</i>
Consc	- 0,003	0,110	- 0,028	0,978
Agrada	0,015	0,084	0,181	0,858
Intele	- 0,063	0,098	- 0,647	0,523

Nota: BDI = Inventário Beck de Depressão. Consc = Conscienciosidade; Agrada = Agradabilidade (cordialidade); Intele = Intelecto / Abertura.

Os resultados das Tabelas 3.4 e 3.5 sugerem que, embora uma mudança nos níveis absolutos de depressão tenha sido observada, do teste para o reteste (Tabela 3.2), as medidas desses três fatores de personalidade ainda demonstraram um grau significativo não só de estabilidade *relativa*, tendo em vista seus índices de correlação teste-reteste (Tabela 3.4), bem como um grau significativo de estabilidade *absoluta* (Tabela 3.5).

Os resultados das regressões hierárquicas para esses três fatores são apresentados na Tabela 3.6. Uma quantidade significativa de variância nos resultados do pós-teste dos traços conscienciosidade e intelecto/abertura também pode ser predita pela variância dos escores de depressão. Ainda assim, o principal resultado se mantém: tanto para a conscienciosidade, quanto para intelecto/abertura e agradabilidade (cordialidade), a *estabilidade relativa* (Tabela 3.4) se manteve e os resultados do pré-teste foram preditores dos resultados do pós-teste, uma vez controladas as influências preditivas dos sintomas depressivos.

Tabela 3.6: Estabilidade Relativa dos Escores de Conscienciosidade, Agradabilidade (cordialidade) e Intelecto / Abertura, Explicando a Severidade Depressiva no Teste e no Reteste.

Variável Dependente	Ordem Hierárquica	Variável Preditiva	R^2	$F(1, 29)$	P
Consc (2)	1	BDI (2)	0,227	8,201	0,008
	2	BDI (1)	0,238	4,219	0,025
	3	Consc (1)	0,529	9,722	0,000
Agrada (2)	1	BDI (2)	0,007	0,195	0,662
	2	BDI (1)	0,008	0,107	0,899
	3	Agrada (1)	0,507	8,909	0,000
Intele (2)	1	BDI (2)	0,201	7,031	0,013
	2	BDI (1)	0,348	7,198	0,003
	3	Intele (1)	0,765	28,201	0,000

Nota: BDI = Inventário Beck de Depressão; Consc = Conscienciosidade; Agrada = Agradabilidade (cordialidade); Intele = Intelecto / Abertura; (1) = teste; (2) = reteste.

As análises expostas apontam na direção de estabilidade dos fatores de personalidade como conscienciosidade, agradabilidade (cordialidade) e intelecto/abertura, pois estes, além de apresentarem uma estabilidade relativa em seus escores, num contexto de mudança absoluta nos escores de depressão, também não sofreram mudanças absolutas. Isso reforçaria a tese de estabilidade de traços de personalidade e apóia a possibilidade de uso de tais fatores na compreensão e tratamento de pacientes com diagnóstico de depressão.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O presente estudo abordou um número de questões relativas à estabilidade da personalidade e a relação entre personalidade e depressão. Distinguiu-se estabilidade relativa da estabilidade absoluta, avaliou-se o grau em que a estabilidade relativa nos escores de personalidade foi relacionada a diferenças individuais na severidade da depressão e examinou-se se mudanças absolutas nos escores de personalidade foram relacionadas a mudanças absolutas nos escores de depressão. Todas essas questões são centrais para avaliar (1) a adequação, conveniência e relevância de modelos que sugerem que a personalidade é uma mera complicação de um episódio depressivo ou o resultado de uma causa comum, também responsável pela instalação da depressão, bem como (2) a alegação dos críticos dos modelos de personalidade e vulnerabilidade de que a personalidade e fatores de vulnerabilidade não são estáveis, mas sim, estado-dependentes.

Em primeiro lugar, os achados deste estudo estendem os resultados encontrados em estudos longitudinais que focaram a personalidade, predominantemente, num contexto de estabilidade. Neste trabalho, esses resultados foram estendidos para um contexto de estabilidade relativa, enfatizando um contexto de mudança aguda. A maior parte da pesquisa em personalidade, considerando a estabilidade relativa dos escores de personalidade, vem de estudos longitudinais nos quais pouca ou nenhuma mudança nas situações das pessoas é provável de ser observada. Pesquisadores da personalidade têm estudado os indivíduos, geralmente, através de longos períodos de tempo, em populações que enfatizam estabilidade. Por exemplo, Heady e Wearing (1989) avaliaram a estabilidade de Neuroticismo, Extroversão e Abertura para a Experiência numa amostra final de 649 indivíduos, avaliados a cada dois anos, em um período de

seis anos. Os dados foram analisados somente para indivíduos que permaneceram no estudo por seis anos completos, ignorando umas trezentas pessoas perdidas por abandono ou perda de contato. No entanto, são precisamente essas pessoas, cujas vidas poderiam ser caracterizadas como as mais instáveis.

Em contraste, os participantes envolvidos em programas de tratamento para depressão, tais como os sujeitos de nosso estudo, podem ser caracterizados, principalmente, por uma profunda mudança nas suas vidas, representada pelo início de um Transtorno Depressivo Maior. Tais pessoas são, por isso, mais prováveis de experienciar maiores mudanças, como resultado de um protocolo de tratamento. Conseqüentemente, muitos estudos longitudinais podem selecionar suas amostras com um viés em favor da estabilidade. Estudos longitudinais de personalidade mostram altos níveis de estabilidade em medidas de personalidade (Conley, 1985; Costa, McCrae, Zonderman, Barbano, Lebowitz, Larson & Lebowitz, 1986; Finn, 1986; Heady & Wearing, 1989). As correlações teste-reteste para traços como neuroticismo e extroversão tem sido em torno de 0,60 (Finn, 1986). Todavia, isto sempre foi obtido num contexto no qual pouca ou nenhuma mudança nos níveis absolutos de personalidade foi observada (Costa & colaboradores, 1986). Ou seja, estes estudos examinaram a estabilidade em contextos em que poucas mudanças podem ser esperadas, mais do que em contextos, tais como o de uma intervenção clínica (acompanhada de uma avaliação específica da mudança na severidade da depressão), onde mudança aguda nos níveis de severidade depressiva é o objetivo, como é o caso do presente estudo. Nossos resultados mostraram que mesmo quando mudanças absolutas são experienciadas, num curto período de tempo, um alto grau de estabilidade relativa pode ser observado em medidas de personalidade.

Em segundo lugar, os resultados mostraram que, ambas, estabilidade relativa e mudança absoluta na personalidade, podem ser observadas no contexto de mudança aguda na severidade depressiva. No intervalo médio de sete semanas de tratamento e avaliação, ambos os escores, de depressão e dos fatores de personalidade estabilidade emocional e extroversão, alteraram consideravelmente. Esses resultados são consistentes com estudos clínicos e revisões críticas mostrando que os escores de personalidade se alteram com a melhora ou remissão dos sintomas depressivos (p. ex.: Barnett & Gotlib, 1988). Mas, a despeito da considerável mudança absoluta observada nas medidas de depressão e de estabilidade emocional e extroversão, uma considerável estabilidade nas diferenças relativas de estabilidade emocional e extroversão foi observada entre os indivíduos. Já para os fatores de personalidade conscienciosidade, agradabilidade (cordialidade) e intelecto/abertura observou-se não somente uma estabilidade relativa nas diferenças entre os indivíduos, mas também uma estabilidade absoluta significativa. Os resultados mostraram que pode haver dois componentes para estabilidade – estabilidade relativa e estabilidade absoluta – e que um não envolve ou pressupõe o outro. A estabilidade nas diferenças relativas nos escores individuais dos fatores de personalidade não foi afetada por mudanças nos níveis absolutos de depressão.

Em terceiro lugar, examinou-se a extensão em que a estabilidade relativa dos fatores de personalidade pode ser explicada por diferenças relativas na severidade depressiva. Os resultados mostraram que a estabilidade nas medidas de personalidade não pode ser atribuída a diferenças individuais na severidade depressiva. Diferenças relativas nos fatores de personalidade no teste foram mais bem explicadas por diferenças relativas no reteste dos fatores de personalidade, independente de diferenças individuais na severidade depressiva em ambos momentos de avaliação.

Avaliou-se, também, a extensão em que mudanças na personalidade podem ser explicadas por mudanças na depressão, um tópico avaliado em apenas um estudo conduzido por Santor e colaboradores (1997). Embora críticos dos modelos de personalidade atribuam mudanças nos escores de personalidade a mudanças nos escores de depressão, mudanças na personalidade foram apenas modestamente explicadas em termos de mudanças na depressão.

Em resumo, esses resultados mostram que, mesmo quando mudanças absolutas ocorrem na personalidade, um alto grau de estabilidade também pode ser observado e que ambas, estabilidade relativa e mudança absoluta na personalidade, não podem ser explicadas, diretamente, por diferenças individuais ou mudanças absolutas na severidade da depressão. Todavia, os resultados não excluem a possibilidade de que a personalidade seja influenciada por níveis de severidade depressiva, em conexão com alguma outra variável, ou que a personalidade, também em conexão com alguma outra variável, possa influenciar a depressão. Os resultados indicaram que a personalidade não é meramente uma concomitante direta da severidade depressiva ou o resultado de uma causa comum, também responsável pelos níveis atuais de depressão.

Fatores de personalidade, tidos como representantes de uma vulnerabilidade para depressão, foram criticados por não serem estáveis e, portanto, tidos como estado-dependentes. No entanto, os críticos (Bailey & Metcalfe, 1969; Hirschfeld & colaboradores, 1983) não distinguiram adequadamente estabilidade relativa de estabilidade absoluta, quando avaliando a relação entre personalidade e depressão. Os resultados do presente estudo confirmam os obtidos por Santor e colaboradores (1997) e sugerem que os modelos que afirmam que a personalidade é meramente uma concomitante direta da depressão ou uma resultante direta de uma causa comum, responsável também pela instalação do quadro depressivo, devem ser reconsiderados.

Uma implicação da presente pesquisa – e, de fato, uma das questões centrais nas pesquisas sobre a relação entre personalidade e depressão – diz respeito à significância da estabilidade relativa, em face de mudança absoluta. Estudar a estabilidade relativa da personalidade é importante por algumas razões. Primeiro, estabelecer a estabilidade de traços e características, num contexto de mudança na severidade depressiva, é fundamental para os modelos de personalidade e depressão que têm como hipótese a influência da personalidade sobre o curso ou expressão da depressão (modelos de patoplastia ou exacerbação). As pesquisas têm sugerido que diferenças individuais na personalidade, bem como fatores de vulnerabilidade, relacionados com depressão, podem influenciar a severidade de sintomas no curso do tratamento (Blatt, Zuroff, Quinlan & Pilkonis, 1996; Sotsky & colaboradores, 1991). Qualquer modelo propondo que a personalidade pode influenciar o curso da depressão, seja diretamente ou indiretamente, deve mostrar que medidas de personalidade permanecem estáveis em contextos de mudança absoluta. O fracasso em encontrar evidência para estabilidade relativa de qualquer dessas medidas impede a sua consideração como fatores influenciando o curso ou a expressão da depressão.

Outra dimensão importante de ser considerada é que as pesquisas que investigam a recorrência na depressão pós-tratamento têm sugerido que os sintomas residuais de depressão ainda podem representar um risco de recaída (Fava, Grandi, Zielezny, Canestrari & Morphy, 1994). Mesmo diante de melhora substancial no curso de um tratamento, escores de sintomas residuais, insuficientes para garantir um diagnóstico, ainda podem constituir um risco maior de retorno dos sintomas e de recorrência de um episódio depressivo. A compreensão do grau de estabilidade relativa, tanto da personalidade como da depressão, pode ser importante para entender-se por que um indivíduo é mais deprimido do que outro após a realização do tratamento ou,

possivelmente, mais ou menos passível de recaídas (Thase & colaboradores, 1992). Identificar traços ou características estáveis de personalidade – tais como estabilidade emocional – num contexto de mudança aguda na severidade da depressão, pode prover os pesquisadores de *insights* importantes sobre as razões pelas quais um paciente, apesar da aparente melhora, ainda apresenta, ao final do tratamento, muitos ou mesmo alguns poucos sintomas residuais de depressão. Também pode ajudar na compreensão da razão pela qual uma pessoa é mais ou menos resistente à mudança ou tem mais ou menos probabilidade de sofrer recaídas quando comparada com outros pacientes.

Uma outra implicação a ser considerada diz respeito aos fatores que influenciam mudanças na personalidade e na depressão. No presente estudo, verificou-se que as mudanças observadas na personalidade não podem ser explicadas apenas em termos de mudanças nos escores de depressão. Mais ainda, as mudanças observadas foram apenas modestamente relacionadas a mudanças na depressão. O fracasso em explicar mudanças na personalidade, tendo como base mudanças na depressão, enfraquece o argumento de que os escores em medidas de personalidade são meramente uma complicação da depressão ou uma resultante de uma causa comum compartilhada com a instalação da depressão. São necessários modelos mais complexos que diferenciem explicitamente estabilidade relativa de mudança absoluta para compreender-se como personalidade e depressão podem ser relacionadas no curso de uma intervenção terapêutica (farmacológica e/ou psicossocial). De fato, há um número de possibilidades que podem explicar mudanças na personalidade, incluindo tanto os efeitos diretos de agentes farmacológicos sobre a personalidade quanto os efeitos indiretos de mudanças na depressão, pela influência destas mudanças em outras variáveis importantes, tais como eventos de vida ou ambientes interpessoais que podem moderar ou mediar a relação entre personalidade e depressão. Finalmente, dado o grau de independência entre

mudanças na personalidade e mudanças na depressão, devem ser considerados, explicitamente, os efeitos dessas mudanças na personalidade e no nível de funcionamento e bem-estar geral do indivíduo.

Embora os resultados desse estudo tenham sido promissores, devem ser apontadas algumas limitações. Alguns obstáculos limitam a representatividade e conseqüente generalização dos resultados, por conta de várias características da população alvo. Em primeiro lugar, a metodologia utilizada também contribui para agravar este problema, pois vem acompanhada de algumas dificuldades inerentes. O delineamento teste-reteste demanda um tempo maior para a coleta de dados que, por se tratar de uma amostra de pacientes psiquiátricos, não pode ser feita coletivamente e, sim, individualmente, caso a caso, alongando um tempo já bastante escasso.

Em segundo lugar, o acesso a este tipo de paciente só é possível através de psiquiatras que trabalhem em instituições hospitalares, já que cabe a eles a decisão sobre quaisquer procedimentos e tratamentos ministrados aos pacientes. Trata-se, portanto, de uma população de difícil acesso e muito restrita, uma vez que os portadores de comorbidade e/ou aspectos psicóticos também foram excluídos. Paralelamente, a amostra é representativa de uma população com níveis muito elevados de desistências e abandonos do ambiente hospitalar.

Um outro fator de dificuldade diz respeito à sobrecarga de trabalho dos psiquiatras envolvidos – o que reflete a realidade dos serviços de saúde pública em nosso país – e acabou por limitar o encaminhamento de mais sujeitos para a composição da amostra. Enfrenta-se, ainda, a falta de estruturação das instituições para pesquisa e, principalmente, a falta de cultura institucional para pesquisa, razão pela qual a coleta quase que se restringiu a um serviço privado, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de terem sido feitos diversos contatos, inclusive, com um hospital

universitário. Conforme apontado anteriormente, também não foi possível realizar o reteste de alguns sujeitos, motivo de sua eliminação da pesquisa, por perda de contato deste com a instituição, ou ainda pela reconsideração do diagnóstico do paciente, ao ser discutido o caso pela equipe. Uma das dificuldades relativas à eliminação do sujeito, em função do seu diagnóstico, refere-se aos problemas da seleção de uma amostra de pacientes com diagnóstico de depressão, sem a concomitância de sintomas psicóticos, uso de substâncias psicoativas (abuso e dependência) e transtornos de personalidade, critérios utilizados para exclusão de sujeitos da amostra.

Grandes limitações também surgiram por conta de algumas características peculiares à amostra. O nível de dificuldade de compreensão dos itens dos instrumentos, por exemplo, foi bastante elevado em alguns dos pacientes que, por essa razão, tiveram de ser eliminados da pesquisa. Esta dificuldade se deve, em grande parte, ao baixo nível de escolaridade, o que pode ser percebido pela frequência em que os aplicadores necessitavam repetir as instruções. Essa dificuldade de compreensão também demonstra um certo distanciamento criado pela maneira como os itens dos instrumentos foram formulados, afastando-os da linguagem cotidiana dos sujeitos que compunham a amostra. Um exemplo é o uso de vocábulos como “*solícito*”, “*altruísta*”, “*sensato*”, dentre outros, que demandaram uma explicação padronizada de seus significados, durante a realização das aplicações piloto, haja vista a frequência com que os sujeitos manifestaram dificuldades de compreensão. Faz-se necessário que ocorram investimentos no desenvolvimento de instrumentos e métodos de observação mais específicos para este tipo de população psiquiátrica.

Ainda com relação aos instrumentos, um outro aspecto que deve ser comentado é o tempo empregado para a execução dos testes, particularmente o ICFP-R. Considerando ser esta última uma escala tipo likert de sete pontos, com 116 itens, o

tempo médio de aplicação foi de aproximadamente 65 minutos e é bem expressivo das dificuldades cognitivas e motivacionais, características do estado psíquico do paciente com Transtorno Depressivo Maior. Isto reforça a necessidade de adaptação do instrumento para este tipo de população como, por exemplo, uma versão reduzida e com linguagem mais apropriada.

Outras limitações ainda estão ligadas aos instrumentos de medida utilizados. Ambos, BDI e ICFP-R não são apropriados para amostras de baixo nível de escolaridade ou de compreensão (devido a problemas psiquiátricos ou cognitivos, por exemplo). Já o Inventário Beck de depressão, desde sua publicação original no Brasil, tem sido muito pouco replicado, a despeito do seu vasto uso na prática psicológica e psiquiátrica, bem como de sua larga utilização em pesquisas (p. ex., Fontenelle, Mendlowicz & Versiani, 2005; Borges, Jorge, Morgan, da Silveira & Custódio, 2002; Teng, Vieira, Artes, Gorenstein, Andrade & Wang, 2005; Wang, Gorenstein & Andrade, 2004; Gorenstein, Moreno, Bernik, Carvalho, Nicastri, Cordas, Camargo, Artes & Andrade, 2002). Algumas poucas exceções existem, sendo um exemplo o estudo de Wang, Gorenstein e Andrade (2005), onde foi feita a validação do BDI para uma comunidade chinesa de São Paulo, que faz uso do idioma português. Embora este estudo tenha relatado bons índices para a escala (alfa de Cronbach = 0,82; N = 208), bem como uma alta discriminação de sintomas depressivos (75-100%), ainda assim, refere-se à amostra de uma população muito específica e pouco representativa da cultura brasileira. Gorenstein, Andrade, Zanol e Artes (2005) também avaliaram a expressão de sintomas depressivos em uma amostra não-clínica de estudantes adolescentes e sugerem que o BDI é uma medida útil para aspectos específicos da depressão nesta faixa etária. Um outro estudo foi relatado na dissertação de Albert (2002), referente às propriedades psicométricas do BDI, numa amostra de Roraima. Segundo este autor, as variáveis que

melhor explicaram a variação nos escores do BDI foram as combinações de gênero, nível educacional e idade. Isto reforça a necessidade de ampliação de estudos de replicação da validade do BDI, especialmente considerando a diversidade e heterogeneidade da população brasileira.

Embora a amostra de pacientes deprimidos, utilizada neste estudo, tenha apresentado uma certa heterogeneidade, com respeito a características demográficas, ela foi composta, predominantemente, por mulheres. Portanto, deve-se ter cuidado em generalizar as conclusões para uma população de outros contextos, por exemplo, outras variáveis de personalidade, tais como fatores específicos de vulnerabilidade cognitiva, ou medidas de depressão e personalidade avaliadas em períodos mais longos, bem como para a própria população masculina.

Entretanto, deve-se ponderar este tipo de crítica com a evidência de que os resultados corresponderam aos obtidos por outros pesquisadores que investigaram outras amostras, em culturas diversas (Santor & colaboradores, 1997; Widger & Trull, 1992; Block & colaboradores, 1991, por exemplo). A presente pesquisa deve enfatizar a importância de examinar-se a relação entre personalidade e depressão em diferentes contextos, incluindo aqueles em que uma mudança absoluta nos níveis de personalidade e depressão é esperada. Este estudo também merece ser replicado para amostras com outras características demográficas tais como, por exemplo, amostras com maior equilíbrio entre o número de pacientes masculinos e femininos, observando-se, no entanto, que no Transtorno Depressivo ocorre, do ponto de vista epidemiológico, uma maior incidência no sexo feminino (APA, 1995; Weissman & Klerman, 1977). Além disso, o acesso a sujeitos do sexo masculino também é dificultado, uma vez que a procura de serviços de saúde mental para este tipo de queixa, em nosso meio cultural, é bem maior por representantes da população feminina.

Outros tipos de amostra envolveriam outras dimensões de gravidade, tais como quadros depressivos graves, com sintomas psicóticos ou episódios depressivos do transtorno bipolar. Condições estas que, por serem cíclicas, são acompanhadas por mudanças agudas e significativas da personalidade, com posterior retorno às condições de normalidade, existentes antes da recaída, situação de mudança esta que também foi examinada na presente pesquisa. Seria interessante investigar se nestas condições de mudança mais grave nos níveis de sintomas depressivos e na pontuação dos traços de extroversão e estabilidade emocional, por exemplo, poderíamos esperar uma mudança no grau de estabilidade absoluta com a preservação da estabilidade relativa entre os sujeitos. Em termos clínicos: a estabilidade relativa dos traços de personalidade pode ser afetada em condições clínicas mais graves?

Outra sugestão envolve o estudo das condições de estabilidade em um período de tempo maior, questionando-se se sucessivas recaídas, ao longo de meses ou anos, comprometeriam a estabilidade desses traços (ou mesmo dos três fatores que não demonstraram forte correlação com os níveis de depressão), comparando-se com sujeitos com poucos ou nenhum episódio depressivo, no decorrer do mesmo período de observação. São necessários delineamentos de pesquisas longitudinais, que requerem um tempo maior (por exemplo, cinco anos) de acompanhamento da população em estudo.

Visto que a personalidade não é meramente uma concomitante direta da severidade depressiva ou o resultado de uma causa comum, responsável também pela instalação da depressão, torna-se importante o estudo de algumas das suas outras dimensões, tais como a vulnerabilidade cognitiva para a depressão e dimensões como sociotropia *versus* autonomia. Será, por exemplo, que os fatores estabilidade emocional e extroversão não representam um indicativo de maior vulnerabilidade ao “estresse”,

guardando uma relação indireta com a severidade depressiva? Ou, ainda, até que ponto fatores aparentemente “indiferentes”, tal como intelecto/abertura, não representam fatores de proteção contra a sintomatologia depressiva? Além de delineamentos longitudinais, estudos dessa natureza incorporariam outros instrumentos como, por exemplo, a Escala de Atitudes Disfuncionais (Weissman, 1979), ainda em fase de adaptação para o nosso meio.

Finalmente, é importante ressaltar a relevância para os profissionais de saúde mental, em geral, e para os psicólogos clínicos, em particular, do conhecimento do perfil da personalidade do paciente, oferecido pelas teorias de personalidade e medidas psicométricas, tal como o ICFP-R (Big Five). Ainda que as qualidades representadas pelo modelo (FFM) pertençam ao espectro do funcionamento psicológico normal, elas refletem as motivações, tendências e capacidades que caracterizam as interações mantidas pelos indivíduos com seu meio. Configurações específicas de escores nesses fatores refletem adaptações criativas que os indivíduos fizeram às demandas impostas sobre eles, pelas suas experiências de vida. Em resumo, quando falamos “personalidade”, referimo-nos às maneiras consistentes, através das quais as pessoas percebem o universo e estruturam seu padrão de interação e comunicação com as outras pessoas.

Dessa forma, embora o modelo não represente um paradigma clínico, ele pode ser bastante útil na compreensão do contexto em que os problemas clínicos (do ponto de vista psicológico) ocorrem. Ou seja, o modelo é útil na compreensão de que os transtornos psicológicos não ocorrem no vazio, os problemas apresentados por um paciente encontram fundamento em padrões motivacionais mais amplos. Assim, muitas dificuldades psicossociais, enfrentadas pelo paciente, podem ser vistas como problemas associados a tipos específicos de configurações de personalidade. Partindo desta

perspectiva, medidas do modelo de cinco fatores podem ser úteis de duas formas. Primeiro, obter um perfil de um paciente nos cinco fatores pode ajudar a melhor delinear forças internas maiores que conduziram o indivíduo a seu estado atual. Poderá auxiliar o profissional de saúde mental a compreender até que ponto o problema apresentado pelo paciente é uma reação a eventos recentes ou parte de um modo de funcionamento e manejos situacionais pouco assertivos e estressantes.

Em segundo lugar, medidas do modelo de cinco fatores podem ser úteis para identificar riscos psicológicos potenciais a que um ou outro paciente pode estar exposto, em função de sua configuração de personalidade. Por exemplo, conforme Zonderman e colaboradores (1993), baixa estabilidade emocional pode predispor o indivíduo na direção de experienciar depressão clínica. Outros estudos (Saklofske, Kelly & Janzen, 1995; Zonderman & colaboradores, 1993) mostraram que indivíduos com baixa estabilidade emocional estão sob maior risco de receber um diagnóstico psiquiátrico ou experienciar sintomatologia depressiva. Esses indivíduos também são mais vulneráveis a sentimentos de satisfação rebaixada no trabalho e possuem um risco aumentado de “*burning out*” (Piedmont, 1993). Trull e Sher (1994) sugeriram que o modelo mostrou-se diferencialmente sensível a vários diagnósticos do eixo I, tais como uso de substâncias, transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior e fobias.

De um modo geral, esses resultados apóiam a utilidade do modelo de cinco fatores no contexto de avaliação clínica. De acordo com Piedmont (1998), os escores nos cinco fatores estão relacionados à quantidade e ao tipo de sintomas expressos pelo paciente. Assim, os escores obtidos por escalas baseadas no modelo, como o ICFP-R, podem ajudar a estabelecer um contexto mais amplo para a avaliação dos sintomas. Estar apto a distinguir a base motivacional do problema apresentado pelos pacientes pode auxiliar na seleção de intervenções terapêuticas mais apropriadas. Pois, se a

personalidade está mediando a manifestação sintomatológica do paciente, o conhecimento de sua configuração em dimensões abrangentes e generalizáveis, como as avaliadas pelo modelo pentafatorial, podem propiciar ao clínico uma informação importante, relativa ao padrão de interação e de comunicação do paciente. Este padrão comunicacional e de interação do paciente, naturalmente irá realizar-se na relação deste com seu terapeuta, que deverá levar em consideração, ao escolher uma ou outra técnica de intervenção, como tal configuração personológica reagirá a esta intervenção. Tal conhecimento pode ser útil no estabelecimento de estratégias mais propícias a cada caso, bem como para estabelecer-se objetivos terapêuticos mais realísticos e apropriados a cada paciente, contribuindo, dessa forma, na formulação prognóstica do caso.

REFERÊNCIAS

- APA. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV* (4ª ed.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- APA. (1987). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-III-R* (3ª ed.) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Akiskal, H. S. (1999). Transtornos do Humor, Introdução e Panorama - Em H. I Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.) *Tratado de Psiquiatria* vol. II, p. 1227. Porto Alegre: Artmed.
- Albert, C. (2002). *Use of the Beck Depression Inventory in Northern Brazil*. Doctoral Dissertation, Texas of North Texas, Texas.
- Bagby R. M., Schuller D.R., Marshall M.B., Ryder A. G. (2004). Depressive personality disorder: rates of comorbidity with personality disorders and relations to the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 18 (6), 542-554.
- Bailey, J. E., & Metcalfe, M. (1969). The MPI and the EPI: A comparative study on depressive patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 8, 50-54.
- Barnett, P. & Gotlib, I. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Bech, P., Shapiro, R., Sihm, F., Nielsen, B., Sorensen, B., & Rafaelsen, O. (1980). Personality in unipolar and bipolar manic-melancholic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 62, 245-257.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M, Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 12, 57-62.

- Blatt, S. J., Zuroff, D.C., Quinlan, D.M., & Pilkonis, P.A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 64*, 162-171.
- Block, J. H., Gjerde, P. F., & Block, J. H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18years-olds: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 726-738.
- Borges, M. B. F., Jorge, M. R., Morgan, C. M., da Silveira, D. X. e Custódio, O. (2002). Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obesity Research, 10* (11), 1127-1134.
- Boyce, P., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G., Brodaty, H., Hickie, I., Mitchell, P. & Wilhelm, K. (1989). Depressive type and state effects on personality measures. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 81*, 197-200.
- Conley, J. J. (1985). Longitudinal Stability of Personality Traits: A multitrait – Multimethod – Multioccasion Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 49* (5), 1266-1282.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R.R. (1985). The NEO-PI Personality Inventory manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Barbano, H. E., Lebowitz, B., Larson, D. M. & Lebowitz, B. (1986). Cross-sectional studies of personality in a national sample: 2. Stability in Neuroticism, Extraversion, and Openness. *Psychology and Aging, 1*, 144-149.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological bulletin*, *94*, 472-505.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Duggan, C.E, Sham, P., Lee, A. S., & Murray, R.M. (1991). Does recurrent depression lead to a change in neuroticism? *Psychological Medicine*, *21*, 985-990.
- Endicott, J., Cohen, J., Nee, J., Fleiss, J., & Sarantakos, S. (1981). Hamilton depression rating scale: Extracted from the regular and change versions of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 980-1003.
- Endicot, J., Fleiss, J., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 766-771.
- Ey. H., Bernard, P., Brisset, C. (1985). *Manual de Psiquiatria*. Ed. Atheneu.
- Eysenck, H. J. (1962). *Manual of Maudsley Personality Inventory*. San Diego: Educational Testing Service.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Canestrari, R., & Morphy, M. A. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1295-1299.
- Finn, S. E. (1986). Stability of Personality Self-Ratings Over 30 Years: Evidence for an Age/Cohort Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, (4), 813-818.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V. e Versiani, M. (2005). Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *27* (3), 201-207.

- Gabbard, G. O. (1999). Transtornos do Humor, Aspectos Psicodinâmicos- Em H. I Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.) *Tratado de Psiquiatria* vol. II, p.1227. Porto Alegre: Artmed.
- Gorenstein, C., Moreno, R. A., Bernik, M. A., Carvalho, S. C., Nicastrí, S., Cordas, S., Camargo, A. P. P., Artes, R. & Andrade, L. (2002). Validation of the Portuguese version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *Journal of Affective Disorders*, 69 (1-3): 167-175.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zanolo, E. & Artes, R. (2005) Expression of Depressive Symptoms in a Nonclinical Brazilian Adolescent Sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, (3), 129-136.
- Guilford, J. S., Zimmerman, W., & Guilford, J. P. (1976). *The Guilford Zimmerman Temperament Survey handbook*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Gunderson, J. G. & Phillips, K. A. (1999). Transtornos da Personalidade - Em H. I Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.) *Tratado de Psiquiatria* vol. 2 (p. 1542). Porto Alegre: Artmed.
- Heady, B., & Wearing, A. (1989). Personality, Life Events, and Subjective Well-Being: Toward a Dynamic Equilibrium Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, (4), 731-739.
- Haynes, S. N. (1992). *Models of causality in psychopathology*. New York: Macmillan.
- Hirschfeld, R., & Klerman, G. (1979). Personality attributes and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 67-70.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Clayton, P., & Keller, M. (1983). Personality and depression. Empirical findings. *Archives of General Psychiatry*, 40, 993-998.

- Hirschfeld, R., Klerman, G., Clayton, P., & Keller, M. (1986). Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 148*, 648-654.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Clayton, P., Keller, M., McDonald-Scott, P., & Larkin, B. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry, 140*, 695-699.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Gough, H., Barret, J., Korchin, S., & Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment, 41*, 610-618.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Keller, M., Andreasen, N., & Clayton, P. (1986). Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 11*, 81-89.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Lavori, P., Keller, M., Griffith, P., & Coryell, W. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry, 46*, 345-350.
- Joffe, R., & Regan, J. (1988). Personality and depression. *Journal of Psychiatric Research, 22*, 279-286.
- Kaplan, H., Saddock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre. Artes médicas.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiological model. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1139-1148.
- Klein, D. N., Taylor, E., Dickstein, S., & Harding, K. (1988). Primary early-onset dysthymia: Comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental

- characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 387-398.
- Klein, D. N., Taylor, E., Harding, K., & Dickstein, S. (1990). The unipolar-bipolar distinction in characterological mood disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 318-323.
- Lazare, A., Klerman, G., & Armor, D. (1966). Oral, obsessive, and hysterical personality patterns. *Archives of General Psychiatry*, 14, 624-630
- Liebowitz, M., Stallone, F., Dunner, D., & Fieve, R. (1979). Personality features of patients with primary affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 60, 214-224.
- McCrae, R. R., (1983). Extraversion is not a filter, neuroticism is not an outcome: a reply to Lawton. *Experimental Aging Research*, 9, 73-76.
- Pasquali, L., Araújo, R.M. & Tróccoli, B.T. (1999). *Inventário Fatorial de Personalidade – Versão Reduzida*. Brasília: LabPAM.
- Piedmont, R. L. (1993). A Longitudinal Analysis of Burnout in the Health Care Setting: The Role of Personal Dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61, 457-473.
- Piedmont, R. L. (1998). *The Revised NEO Personality Inventory – Clinical and Research Applications*. Plenum Press, New York.
- Reich, J., Noyes, R., Coryell, W., & O’Gorman, T. (1986). The effect of state anxiety on personality measurement. *American Journal of Psychiatry*, 143, 760-763.
- Saklofske, D. H., Kelly, I. W., & Janzen, B. L. (1995). Neuroticism, depression, and depression prone. *Personality and Individual Differences*, 18, 27-31.

- Santor, D. A., Bagby, R. M. & Joffe, R. T. (1997). Evaluating Stability and Change in Personality and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6), 1354-1362.
- Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2002). *Teorias da Personalidade*. Ed. Pioneira Thomson Learning, São Paulo - SP.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. E, Elkin, I., Watkins, J. T., Imber, S. D., Leber, W. R., Moyer, J., & Oliveris, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Teng, C. T., Vieira, A. H. G., Artes, R., Gorenstein, C., Andrade, L. H. & Wang, Y. P. (2005). Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255 (1): 51-56.
- Thase, M. E., Simmons, A. D., McGeary, J., Cahalane, J. E, Hughes, C., Harden, T., & Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.
- Tróccoli, B.T. (2006). *Os cinco grandes fatores de personalidade*. Manuscrito não publicado. Brasília, LabPAM.
- Tróccoli, B.T. & Vasconcelos (1999). *Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. Manual Técnico e de Aplicação*. Brasília: LabPAM.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.

- Wang, Y. P., Andrade, L. H. & Gorenstein, C. (2005). Validation of the Beck Depression Inventory for a Portuguese-speaking Chinese community in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38 (3): 399-408.
- Wang, Y. P., Gorenstein, C. & Andrade, L. H. (2004). Patterns of psychopathological manifestations among ethnic Chinese living in Brazil. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254 (1): 36-42 Feb.
- Watson, D., & Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Weissman, A. N. (1979). *The Dysfunctional Attitude Scale: a Validation Study*. Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Wetzler, S., Kahn, R., Cahn, W., van Praag, H., & Asnis, G. (1990). Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatry Research*, 31, 179-192.
- Widger, T. (1989). The categorical distinction between personality and affective disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 77-91.
- Widger, T. A. & Trull, T. J. (1992). Personality and Psychopathology: An Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*. 60, (02) 363-393.
- Zonderman, A. B., Herbst, J. H., Schmidt, C., Jr., Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1993). Depressive symptoms as a non-specific, graded risk for psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 544-552.

ANEXO 1

*EXEMPLOS DE ITENS DOS CINCO FATORES DO ICFP-R**

* Por ser um instrumento utilizado em exame de seleção em concursos públicos, não é autorizada a apresentação integral do instrumento no presente trabalho.

Fator 1 - Estabilidade Emocional

Fica nervoso facilmente.

Perde o controle.

Desespera-se.

É emocionalmente estável, não se altera facilmente.

Entra em pânico facilmente.

Fator 2 - Conscienciosidade

Deixa seu trabalho por fazer.

Pode ser um tanto descuidado.

Cumpe seu trabalho no prazo.

Não cumpre seus deveres.

Tende a ser organizado.

Fator 3 Agradabilidade/Cordialidade

Mete-se em confusões.

Manipula os outros em benefício próprio.

Gosta de provocar brigas.

Gosta de arrumar confusão.

Gosta de contar vantagem.

Fator 4 Intelecto/Abertura

É cheio de idéias.

É original, tem idéias novas.

É criativo.

Toma iniciativas.

Assume a liderança.

Fator 5 Extroversão

Prefere ficar sozinho.

Mantém-se isolado dos outros.

Mantém os outros à distância

Evita companhia.

Em geral, é tímido, inibido.

ANEXO 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título do Projeto:

Estabilidade de Traços de Personalidade e suas Relações com Mudanças na Severidade da Depressão.

2. Descrição sucinta da pesquisa (objetivos gerais)

Esta pesquisa tem por objetivo geral verificar as relações do Transtorno Depressivo com traços ou características de Personalidade. Diferenciar estabilidade absoluta de estabilidade relativa nas dimensões de Personalidade, em um contexto de mudança na severidade da depressão.

3. Descrição dos procedimentos:

Para tanto gostaríamos de contar com sua colaboração para a coleta de dados em dois momentos distintos: antes, ou ao iniciar o tratamento, responder aos protocolos dos seguintes instrumentos psicológicos: Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade Revisado – ICFP-R e ao Inventário Beck de Depressão – BDI. Num segundo momento, quando retornar para a consulta de revisão (intervalo de 4 ou 5 semanas, 30 a 40 dias, em média) responder novamente aos dois Instrumentos Psicológicos.

4. Garantia de acesso:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida - LabPam da Universidade de Brasília, Mara Rúbia de Camargo. A. Orsini, sob orientação do Professor Bartholomeu Tróccoli, *Ph.D* que podem ser encontrados no endereço Campus Darcy Ribeiro, Instituto de Psicologia, LabPam –em Brasília – DF. telefone(s) (61) 307-1114. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o endereço acima ou pelo – e-mail: maraipe@yahoo.com.br ou com o telefone para contato em Goiânia: 281-3726.

5. Garantia de saída: é garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu atendimento na Clínica;

6. Direito de confidencialidade: será preservada sua identidade, assim como as identidades de todas as pessoas por você referidas;

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o estudo “Estabilidade de Traços de Personalidade e suas Relações com Mudanças na Severidade da Depressão”.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades ou prejuízos quanto ao meu atendimento nesta Clínica.

_____ Goiânia, ___/___/___.

Assinatura do paciente

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

_____ Goiânia, ___/___/___.

Mara Rúbia de Camargo. A. Orsini

ANEXO 3

ANAMNESE PSICOPATOLÓGICA

Nome: N°

Sexo:	Estado Civil	Escolaridade	Religião
<input type="checkbox"/> Masc	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> 1º grau incompl.	<input type="checkbox"/> Pentecost.
<input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> Amasiado	<input type="checkbox"/> 1º grau compl.	<input type="checkbox"/> Afro-brasil.
	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Judaica
	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> 2º grau	<input type="checkbox"/> Não tem
	<input type="checkbox"/> Separ./desq./divorci.	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Católica
			<input type="checkbox"/> Protestante
			<input type="checkbox"/> Espírita
			<input type="checkbox"/> Oriental
			<input type="checkbox"/> Não pratic.

Profissão _____

Exerce Não exerce Aux. Doença Licença Apos. P/ tempo Apos. p/ invalidez Outros

Queixa Principal

- Concentração e atenção reduzidas
- Auto-estima e autoconfiança reduzidas
- Idéias de culpa e inutilidade
- Visões desoladas e pessimistas do futuro
- Idéias ou atos autolesivos ou suicídio
- Isolamento social
- Transtornos do sono
- Transtornos alimentares
- Desânimo, cansaço, corpo “ruim”
- Humor triste, deprimido
- Diminuição da memória, concentração
- Queixas somáticas
- Ansiedade
- Queda intelectual progressiva
- Alterações da atenção, orientação
- Outras
- Sem sintomas específicos

Início do episódio (1º episódio)

dias(s)
 Há _____ mês(es) Idade: _____
 ano(s)

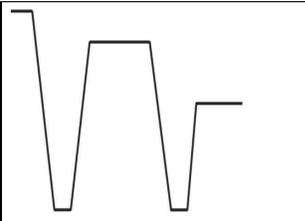
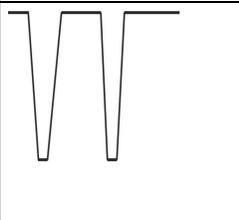
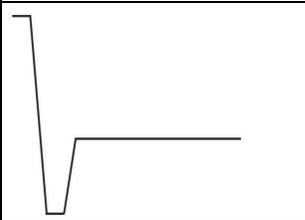
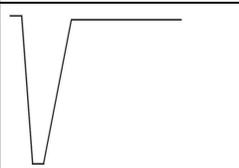
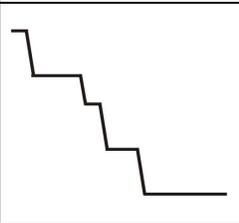
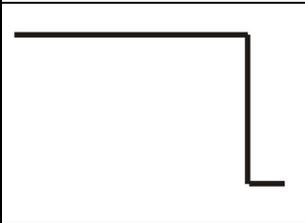
Episódio Atual

- Está presente há mais de 2 semanas
- Suficientemente grave para requerer atenção clínica

Eventos concomitantes

- Puerpério
- Uso ou abuso de álcool, drogas

Doenças concomitantes conhecidas:

Perfil de evolução:	
	
	
	

Antecedentes psicopatológicos

- Episódio depressivo
- Episódio maníaco
- Outros transtornos do humor
- Depressão não classificável
- Surto psicótico não classificável
- Episódio esquizofreniforme
- Outros episódios delirantes/alucinatórios
- Transtornos de ajustamento
- Ansiedade, fobia, ataque(s) de pânico
- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Crise(s) dissociativa(s)
- Transtorno somatoforme
- Quadro confusional, psico-orgânico
- Transtorno de personalidade
- Transtornos sexuais
- Abuso de substâncias
- Epilepsia
- Outros
- Nenhum

