



Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

O uso do Minnesota Multiphasic Personality Inventory na
avaliação de pacientes bipolares

Autora: Rita Gomes Prieb
Orientador: Dr. Flávio Kapczinski

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PORTO ALEGRE, 2007



FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

O uso do Minnesota Multiphasic Personality Inventory na
avaliação de pacientes bipolares

Psic. Rita Gomes Prieb

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Medicina: Ciências Médicas, da
Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, para obtenção do
título de Mestre em Ciências
Médicas.**

Dissertação de Mestrado

2007

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Flávio Kapczinski, pela orientação dedicada e presente.

À Profa. Dra. Jurema Alcides Cunha, que me despertou o interesse pela ciência e me ensinou que clínica e pesquisa coexistem com ética e sabedoria.

À Profa. Dra. Aida Santin, que sempre acreditou na importância da multidisciplinaridade e humanização das relações na medicina para melhor tratar os pacientes.

Ao Dr. Ricardo Kuchenbecker, pela possibilidade de compartilhar idéias e por sua contribuição metodológica.

Aos auxiliares de pesquisa Betina Chait, Patrícia Wisnievski, Valdir Solano Bohrer, Fernanda Cesa, Claudia Wachleski, Leticia Alexandrini, que contribuíram de forma decisiva com sua determinação, eficiência e curiosidade científica que marcaram suas participações neste estudo.

Às colegas do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com as quais compartilho aprendizados diariamente.

Aos estagiários que me acompanham nestes anos de psicologia hospitalar, pela presença dedicada e cheia de entusiasmo.

Aos colegas do grupo de pesquisa do Laboratório de Psiquiatria Molecular, pelas contribuições e trocas constantes.

Ao Brenno, que contribuiu de forma essencial com sua paciência e companheirismo.

Aos meus tios e tia, que sempre me apoiaram na busca de melhores caminhos e acreditaram nas minhas escolhas.

Aos pacientes, que com sua "impaciência", nos levam à procura de mais condições favoráveis à estabilidade.

***“Pode-se dizer que existem dois caminhos para a verdade: o poético e o científico
(...) o poeta que existe em mim alcança a verdade num lampejo, e o cientista que
há em mim busca uma faceta da verdade”.***

Donald Woods Winnicott

*À minha mãe,
que sempre acreditou nos
meus sonhos e me ensinou
que o afeto pode
estar presente
em tudo que realizamos*

Lista de Abreviaturas e Siglas

MMPI - Multiphasic Minnesota Personality Inventory

TB – Transtorno bipolar

WAIS-R – Wechsler Adult Scale – Revised

SCID – Structural Clinical Interview DSM-IV

L – Escala da mentira

F – Escala “F”

K – Escala “K”

Hs – Hipocondria

D – Depressão

Hy – Histeria

Pd – Desvio psicopático

MF – Masculinidade-Feminilidade

Pa – Paranóia

Pt – Psicastenia

Sc – Esquizofrenia

Ma – Hipomania

Si – Introversão-Extroversão

RESUMO

O presente estudo foi desenhado para avaliar as dimensões do Minnesota Multiphasic Personality (MMPI) em pacientes bipolares clinicamente eufímicos e controles pareados. O delineamento do estudo é caso-controle, e evidenciou que: 1. Todas as dimensões do MMPI se apresentaram alteradas com relação aos controles, exceto a escala de masculinidade-feminilidade (MF); 2. Entre os pacientes, a escala que demonstrou maior alteração foi a da dimensão paranóia (Pa). Estes achados confirmam a idéia que dimensões da personalidade, avaliada pelo MMPI, estão alteradas em pacientes bipolares. Devido a este estudo ter um desenho transversal, não é possível inferir se as alterações da personalidade foram prévias ao desenvolvimento do transtorno ou são sintomas integrais do mesmo.

ABSTRACT

The aim of this study is to assess, through the Multiphasic Minnesota Personality Inventory (MMPI), the prevalence of a specific pattern of personality disorder in bipolar patients. Patients were diagnosed with type I bipolar disorder (BD) and were treated at the Bipolar Disorders' Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), fulfilling inclusion and exclusion criteria for this study. It is an case-control study and the results showed that Paranoia (Pa) scores were increased among bipolar patients. Besides, all clinical scales in the MMPI test were increased in bipolar subjects in comparison with controls, except for the masculinity-femininity (MF) scale. Our findings do not show a specific personality pattern among patients; however, the increase in the paranoia scale is related to several difficulties observed in bipolar patients, such as compliance to treatment, establishment of trust in interpersonal relationships, etc.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar do Humor é uma doença crônica e recorrente. Suas causas são multifatoriais, apresentando alterações neurobiológicas como sua principal etiologia (American Psychiatric Association, 1994). As classificações atuais incluem o Transtorno Bipolar tipo I e II. O Transtorno Bipolar tipo I inclui fase de mania alternada com fase depressiva. No Transtorno Bipolar tipo II verifica-se hipomania e depressão. A prevalência deste transtorno, classicamente definido como Transtorno Bipolar tipo I fica em torno de 1% da população mundial, sendo homens e mulheres igualmente afetados (Belmaker, 2004). Já o tipo II afeta cerca de 0,5% da população, sendo mais comum em mulheres (Hilty, Brady e Hales, 1999). Nas classificações que incluem o espectro bipolar, a prevalência pode chegar a 6,4% (Judd, Akiskal, 2002).

O Transtorno Bipolar é associado a um elevado risco de mortalidade, uma vez que cerca de 25% dos pacientes tentam suicídio em alguma etapa de suas vidas e entre estes, aproximadamente 11% completam este intento (Hilty, Brady e Hales, 1999). Os episódios de mania e depressão afetam a vida do paciente, prejudicando severamente suas carreiras e relacionamentos interpessoais (Belmaker, 2004). Calabrese et al (2004) apontaram que sintomas depressivos causam mais disfunções sociais que os maníacos (Colom et al., 2006). Entretanto, o impacto da polaridade depressiva ou maníaca no funcionamento social dos pacientes é comparável, sugerindo que o maior impacto da depressão mencionado por alguns

autores pode estar relacionado com o maior tempo que os sintomas depressivos ocupam na vida do paciente (Judd et al., 2002 in Colom et al., 2006).

A presença de comorbidades é comum em pacientes bipolares, variando de 31% até 50%, conforme amostras estudadas e metodologias utilizadas (Vieta et al., 2001). Seu diagnóstico correto é muito importante uma vez que pode influenciar na terapêutica utilizada, bem como na resposta ao tratamento. Entre as comorbidades psiquiátricas e clínicas mais prevalentes podemos citar: transtorno do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, abuso de drogas, hipo e hiper tireoidismo, hipertensão, diabetes, entre outras (Hilty, Bready e Hales, 1999). Nas comorbidades com transtornos de personalidade, os mais freqüentes incluem transtorno histriônico, borderline e obsessivo-compulsivo (George et al., 2003).

A associação entre características de personalidade e transtorno bipolar já era descrita por Kraepelin (1921), quando identificava que variações da personalidade eram elementos essenciais para o desenvolvimento de uma psicose ou transtorno do humor, ao que denominava 'disposição pessoal' (Kraepelin, 1921). Em estudos mais recentes, que avaliam personalidade e transtornos de eixo I, o que se analisa é se as características de personalidade podem ser um fator de risco para que o transtorno se instale, ou ainda, serem manifestações clínicas distintas do mesmo processo patológico (Grant et al., 2005).

Considerando que um aspecto importante na avaliação dos pacientes portadores do TB é a avaliação da personalidade, o presente estudo tem por objetivo também contribuir na busca de uma melhor definição da influência de transtornos de

personalidade no transtorno bipolar. Para tanto, avaliamos as características de personalidade nos pacientes bipolares eutímicos, comparados com controles.

Para revisão da literatura que se segue, foram utilizados artigos disponíveis no sistema Pubmed. A pesquisa bibliográfica foi realizada através dos termos MESH, tendo sido utilizadas como palavras-chave: personalidade, transtorno bipolar, MMPI. Esta busca foi realizada em maio de 2006, onde foram obtidos 97 artigos nesta ocasião. A inspeção dos títulos e abstracts conforme a pertinência dos artigos, originou um total de 54 trabalhos utilizados na revisão bibliográfica.

A estratégia de revisão utilizada foi a seleção de artigos que apresentassem relevância clínica significativa em relação aos temas revisados, bem como uma perspectiva histórica de conceitos que fundamentam este trabalho. A revisão da literatura discute os seguintes pontos: Transtorno do Humor Bipolar, Temperamento e personalidade no transtorno bipolar, Influências da interação entre personalidade e transtorno bipolar: comorbidades e características pré-mórbidas, os sintomas subclínicos como uma manifestação da personalidade, repercussões das características de personalidade no desfecho do tratamento, avaliação da personalidade.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1- TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

O Transtorno do Humor Bipolar é uma das mais distintas síndromes na psiquiatria, e que vem sendo descrita em diversas culturas no decorrer da história (Goodwin e Jamison KR, 1990). Caracteriza-se pela ocorrência de episódios depressivos e maníacos, sendo a mania sua marca registrada, bem como a fase mais destrutiva para o paciente (Belmaker, 2004). Ainda assim, estudos mais recentes têm apontado que sintomas depressivos causam mais disfunções sociais do que os maníacos. Devido aos prejuízos sociais e familiares que gera, pode ser considerado um importante problema de saúde pública (Judd e Akiskal, 2002), representando uma das principais causas de incapacitação no mundo (Murray e Lopez, 1997).

Conforme o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 1994), um Episódio Depressivo Maior caracteriza-se por um período de, no mínimo duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer na maioria das atividades. Além disso, há pelo menos, a presença de quatro sintomas, tais como perda ou ganho significativo de peso; alterações no sono e na atividade psicomotora; sentimentos de desvalia ou auto-acusações; dificuldade de concentração e falta de iniciativa; pensamentos recorrentes a respeito de morte ou ideação suicida. Tais sintomas representam uma alteração a partir do funcionamento prévio do indivíduo (DSM-IV, 1994; Schatzberg, 2006).

Um Episódio Maníaco apresenta-se como uma fase distinta de humor anormal e excessivamente elevado, expansivo ou irritável, que dura pelo menos uma semana, onde três ou mais dos seguintes sintomas persistem em grau significativo. São eles, grandiosidade ou auto-estima exacerbada; necessidade de sono diminuída; pressão na fala; fuga de idéias; agitação psicomotora; aumento da atividade dirigida a objetivos específicos; envolvimento exagerado com atividades prazerosas com potencial para conseqüências de risco, desinibidos no seu discurso quanto a questões sexuais. Devido à severidade dos sintomas, necessita hospitalização (DSM-IV, 1994, Belmaker, 2004). Um único episódio maníaco é suficiente para o diagnóstico de Transtorno Bipolar, desde que não seja induzido por uma condição médica geral, como abuso de anfetaminas (DSM-IV, 1994).

No Episódio Misto, são satisfeitos os critérios para Episódio Maníaco e para Depressão Maior, quase todos os dias, durante, no mínimo, uma semana. O indivíduo apresenta uma rápida alternância do humor (DSM-IV, 1994).

No Episódio Hipomaníaco, há um período distinto de humor bastante elevado, expansivo ou irritável, que dura todo o tempo ao longo de, pelo menos, quatro dias. Este é acompanhado por, no mínimo, três sintomas de uma classificação idêntica a do Episódio Maníaco, com exceção da ausência de delírios ou alucinações. Além disso, não existe severidade suficiente para causar prejuízos para si mesmo, sociais e ocupacionais (DSM-IV, 1994, Belmaker, 2004).

O TB tipo I caracteriza-se pela ocorrência de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, comumente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores; já o TB tipo II,

pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Maiores junto de, pelo menos, um Episódio Hipomaniaco (Blazer, 2000).

Goodwin (2002) coloca sua preocupação com a forma com que o termo 'hipomania' vem sendo utilizado, sem a observância de critérios do DSM-IV-TR para severidade e tempo, bem como o redimensionamento de significados psicopatológicos tem sido publicados em trabalhos que contam com amostras pequenas. Desta forma, defende a utilização do DSM-IV-TR e seus critérios específicos de classificação, como direcionador de condutas terapêuticas adequadas (Goodwin, 2002). Além disso, um cenário preocupante seria a adoção do espectro bipolar na nomenclatura internacional, sem a necessária re-educação de profissionais da saúde, (Gazalle e Kapczinski, 2006).

Pacientes que tiveram quatro ou mais episódios de mania ou depressão por ano são chamados "cicladores rápidos" e apresentam dificuldades para tratamento (Belmaker, 2004). Os pacientes com predominância de episódios depressivos têm o curso da doença diferente dos que têm predomínio de episódios maníacos ou hipomaniacos, o que faz com que a terapêutica utilizada seja distinta (Colom et al., 2006). Além disso, as características iniciais do episódio podem auxiliar o clínico a identificar, precocemente, a predominância da polaridade que cada paciente apresenta, uma vez que a polaridade do episódio inicial do transtorno, pode ser descrita como um preditor da polaridade dos episódios subseqüentes (Calabrese et al., 2004 in Colom, 2006).

A prevalência do TB na população geral, ao longo da vida, é de 1,6%, acometendo igualmente homens e mulheres (Kessler et al., 1994). Avaliando separadamente, a prevalência do TB tipo I é de 1,0% (Belmaker, 2004). Entretanto,

quando consideramos as formas mais leves do transtorno, o chamado espectro bipolar, estudos apontam para uma prevalência de até 6,4% na população geral (Judd e Akiskal, 2002). O início da doença geralmente se manifesta no fim da adolescência e início da idade adulta, mais próxima dos 27 anos (Kessler; 1994). Isto corrobora para a demora do diagnóstico e início do tratamento, uma vez que estes pacientes não são diagnosticados e tratados adequadamente nos locais de atendimento primário (Gazalle et al, 2005).

O TB, por sua característica de cronicidade, é um transtorno recorrente, em que mais de 90% dos indivíduos que apresentaram o primeiro Episódio Maníaco, voltarão a manifestar episódios subseqüentes. A mortalidade e taxa de suicídio são claramente elevadas nos sujeitos bipolares, comparados com a população geral, com suicídios ocorrendo entre 15% a 18% dos doentes (Bourgeois, 2001). Considerando a prevalência de tentativas de suicídio nos pacientes com Transtorno Bipolar tipo I e II, estas podem chegar a 24% e 34%, respectivamente (Judd e Akiskal, 2002). Pacientes com predomínio da polaridade depressiva apresentam risco aumentado de tentativas de suicídio, o que pode justificar medidas enérgicas para a prevenção de episódios depressivos em pacientes com risco de comportamentos suicidas (Colom et al, 2006). Estudos que utilizam testes neuropsicológicos apontam para associação entre o transtorno bipolar e alterações cognitivas em, pelo menos, um terço dos pacientes, tendo como característica o fato de serem duradouras mesmo nos intervalos livres entre as crises (Martinez-Arán et al; 2001). Cerca de 50% dos pacientes com transtorno bipolar tem história familiar positiva para a doença, e em algumas delas, há muitos membros que desenvolvem o transtorno por várias gerações (Belmaker, 2004). As

análises estatísticas sugerem que há uma interação poligenica para o desenvolvimento da doença, e com base em famílias estudadas, o risco de haver transtorno bipolar em filhos de uma pessoa com a doença fica em torno de 10% (Belmaker, 2004).

2.2 – DIMENSÕES DA PERSONALIDADE E TRANSTORNO BIPOLAR

A personalidade e o caráter compreendem um conjunto mais amplo de elementos, como aprendizagem e as relações sociais. Ainda que não pretendam ser definições fechadas, o temperamento poderia ser descrito como a disposição que o indivíduo tem a determinados padrões de reação emocional, oscilações afetivas e níveis de sensibilidade aos estímulos (Merikangas et al., 1998 in Barrantes et al., 2001).

Há alterações de humor que podem associar-se a características de personalidade (Bourgeois, 2001), que têm, junto ao temperamento, um fundamento biológico que reflete as características básicas que diferem um indivíduo do outro, sendo que a personalidade compreende um conjunto mais amplo de componentes. O temperamento, por sua vez, está mais ligado a elementos constitucionais e genéticos, a partir dos quais a personalidade irá se desenvolver, apesar de ser difícil diferenciarmos um do outro (Barrantes et al., 2001).

Durante décadas é discutido o que se entende por temperamento e personalidade, entretanto, não existe um acordo teórico quanto ao grau de diferenciação entre estes conceitos, nem tampouco com respeito ao significado que têm os dois termos para diferentes autores (Goldsmith et al., 1987 in Barrantes et al., 2001). Assim sendo, se torna mais polêmica a relação entre personalidade e os transtornos de Eixo I (Barrantes et al., 2001). Allport (1937) definiu a personalidade como uma organização dinâmica entre o indivíduo e os sistemas psicossociais que determinam seu ajustamento para esta interação (Allport, 1937 in Cloninger et al., 1993).

O temperamento apresenta um significado que capta melhor a natureza fisiológica inerente de determinadas características básicas que parecem diferenciar uma pessoa da outra (Claridge, 1995 in Barrantes et al., 2001). Nesta perspectiva, o temperamento é considerado basicamente constitucional, determinado geneticamente e com marcado substrato biológico (Barrantes et al., 2001). Claridge (1995) traz um conceito que parece ter uma boa aceitação, assumindo que as dimensões do temperamento são as diferenças mais básicas entre os indivíduos, e a personalidade encontra-se numa fase posterior, onde o ambiente tem um papel de destaque (Barrantes et al., 2001). Dados os diversos matizes conceituais que existem no âmbito do temperamento e personalidade e sua relação com transtornos afetivos, há uma questão metodológica importante a ser considerada. Trata-se de sabermos se as características de temperamento ou personalidade são conseqüências da patologia ou, por outro lado, predispõe a ela (Grant et al, 2005).

2.3- INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO ENTRE PERSONALIDADE E TRANSTORNO BIPOLAR: COMORBIDADES E CARACTERÍSTICAS PRÉ-MÓRBIDAS

A comorbidade entre transtornos de personalidade é comum e pode ocorrer por sobreposição de critérios diagnósticos do DSM-III-R (Neto et al, 2006) e do DSM-IV, cujos critérios são semelhantes. Apesar de o DSM-IV tê-los aperfeiçoado, a principal consequência da sobreposição de critérios diagnósticos são os múltiplos diagnósticos de transtorno de personalidade (Neto et al, 2006). Os casos de comorbidade em pacientes com transtorno bipolar são bastante freqüentes, variando de 30% a quase 100% (Kessler et al., 1997; Vieta et al., 2001).

As relações entre personalidade e depressão têm sido discutidas por clínicos e teóricos há bastante tempo e, mais recentemente, por pesquisadores clínicos (Hirschfeld et al., 1983). Após a introdução do Eixo II no DSM-III (APA, 1980), muitos estudos passaram a examinar a prevalência de transtornos de personalidade nos pacientes com depressão unipolar. Achados consistentes de altos índices de comorbidade entre transtornos de personalidade e transtornos depressivos apontaram para a relevância e implicações que patologias da personalidade têm no prognóstico e tratamento das depressões (Shea et al. in Schatzberg, 2006).

Entretanto, a estrutura de personalidade dos pacientes bipolares é um dos aspectos pouco estudados e que merece uma maior atenção, isto porque as patologias do Eixo II complicam o diagnóstico e curso do transtorno bipolar (George et al., 2003).

Além disso, a possibilidade de associação de algumas características de personalidade e os transtornos bipolares traz repercussões para o diagnóstico e para a

modalidade terapêutica, como a predição de prognóstico e a resposta ao tratamento farmacológico (Akiskal et al, 1995). Pode, ainda, influenciar o curso da doença, incrementar o risco de suicídio (Vieta et al., 2001) e ajudar a explicar as dificuldades de adesão ao tratamento (Demidenko et al., 2004). Sabe-se que a comorbidade com transtornos de personalidade, sobretudo Transtorno histriônico, aparece como o mais relevante fator para a não-adesão (Colom et al., 2000).

Em estudo realizado para avaliar a predição de resposta ao lítio usando o MMPI, Ananth (1979) explorou a relação entre as características pré-mórbidas de personalidade e a profilaxia na terapia com o lítio. Mostrou que os pacientes não responsivos ao lítio tiveram escores elevados nas escalas clínicas que avaliam Paranóia e Desvio Psicopático, quando comparados aos que respondiam à terapêutica utilizada (Ananth et al., 1979).

George et al (2003), corroborando outros estudos científicos que usaram entrevistas estruturadas e avaliaram os pacientes em períodos eufímicos, concordam que transtornos de personalidade ocorrem em pelo menos 28.8% dos pacientes. Neste mesmo artigo, encontraram que os transtornos do cluster B (que incluem histriônico, borderline, narcisista e antisocial) ou cluster C (incluindo passivo-agressivo, dependente e obsessivo-compulsivo) são os mais comuns de ocorrer com o transtorno bipolar. Se analisados separadamente, os transtornos mais prevalentes foram o histriônico e obsessivo compulsivo (George et al, 2003).

Outro achado sugestivo na literatura é que aproximadamente 44% dos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* apresentam sintomas em comum aos pacientes bipolares, pertencendo provavelmente ao espectro bipolar (Deltito et al,

2001). Além disso, apresentam respostas positivas ao uso de estabilizadores do humor (Deltito et al., 2001). Esta é uma dificuldade diagnóstica associada aos sintomas ansiosos do transtorno do humor, especialmente os mais leves, uma vez que apresentam grande semelhança ao quadro clínico do transtorno de personalidade *borderline* (Issler et al., 2004).

Há hipóteses formuladas que tentam explicar a interação entre personalidade e transtornos afetivos, que indicam que a personalidade e o temperamento são subjacentes a um transtorno do humor, bem como alguns tipos de personalidade podem ser considerados manifestações sutis de um transtorno afetivo (Hirshfeldt et al., 1983; Bourgeois et al, 2001; Cloninger et al, 1998; Von Zerssen e Akiskal, 1998). Goodwin e Jamison (1990), corroborando com outros autores, propuseram as principais hipóteses formuladas para explicar a interação entre temperamento ou personalidade e transtornos afetivos:

1. Predisposição aos transtornos afetivos (modelo da vulnerabilidade).
Em função das teorias que partem, se utilizaram diferentes termos com a idéia subjacente de que o temperamento, a personalidade ou o caráter antecedem o transtorno afetivo e, portanto, predispõe a estas alterações.
2. Expressão dos transtornos afetivos (modelo do espectro afetivo).
Algumas constelações de personalidade são consideradas manifestações sutis de um transtorno afetivo. Postula-se que estas

alterações, entre leves e moderadas, provêm da mesma predisposição genética da mania ou da depressão.

3. Modificador dos transtornos afetivos (modelo patoplástico). Existem três aspectos diferentes: temperamento ou personalidade 1) determinam até certo ponto a expressão clínica do transtorno ainda que não estejam implicadas em sua patogênese, 2) influem no impacto dos fatores de risco ou na presença de acontecimento precipitantes, 3) uma vez que aparecem os sintomas, influem na resposta às terapias, ao acesso aos recursos, nas estratégias de afrontamento, entre outras.
4. Alteração pelos transtornos afetivos (modelo da complicação). Supõe-se que as características de personalidade estão alteradas em decorrência de um episódio afetivo, tanto reversível como irreversível.

Os transtornos do humor, tanto bipolares como unipolares cíclicos têm sido vistos como parte de um mesmo processo, apresentando variações quanto a intensidade dos sintomas e características prévias de personalidade (Goodwin e Jamison, 1990).

Neste contexto, a mania tem papel fundamental para este entendimento, isto porque em muitas situações, principalmente no caso dos bipolares tipo II, é difícil realizar um diagnóstico quando os Episódios Hipomaniacos não possuem características que diferem da conduta pré-mórbida. Por outro lado, é fundamental que esta dúvida seja solucionada quando o transtorno do humor estiver controlado (Hilty, Brady e Hales, 1999). Muitas das conseqüências da piora do TB relacionam-se

diretamente com fatores associados à personalidade e seus efeitos no ambiente, como conflitos interpessoais, condutas de risco, abuso de substâncias, entre outros.

Desta forma, na medida em que se postula que as recorrências dos episódios devem-se a combinações de fatores biológicos, sociais e eventos experimentados como traumáticos para o indivíduo, o entendimento destes dinamismos faz-se necessário a fim de complementar e auxiliar na adesão ao tratamento farmacológico e, por conseguinte, prevenir recaídas frequentes (Miklowitz et al., 1988; Wetzler et al., 1995). Kraepelin (1921) identificava que variações da personalidade eram elementos essenciais para o desenvolvimento de uma psicose ou transtorno do humor (Cloninger et al, 1998), descrevendo-as como “disposição pessoal” (Von Zerssen e Akiskal, 1998), pois notava que tais características eram persistentes nos intervalos entre as crises. Kraepelin distinguia quatro variantes de personalidade associadas às ‘psicoses maníaco-depressivas’:

- Maníaca ou hipertímica, associada primariamente a episódios maníacos
- Ciclotímica, associada à alta frequência de mania e depressão
- Irritável, associada à depressão atípica
- Depressiva, usualmente associada à depressão unipolar

Posteriormente Akiskal et al. (1977) revitalizaram este conceito, resgatando que o temperamento é a base do transtorno afetivo (Von Zersseen e Akiskal, 1998). Para Cloninger et al (1993), tais estados fundamentais são configurações multidimensionais da personalidade, incluindo temperamento e caráter (Svrakic et al., 1996). Com relação a variante depressiva, também denominada melancólica, é mais comum encontrarmos tal personalidade em sujeitos com depressão unipolar, entretanto, há bipolares com

este tipo de caráter (Kraepelin, 1921), associados a perfis de personalidade obsessivos e borderline (Svrakic et al., 1996).

Perugi et al (1999) referem que, apesar de controverso, muitos autores acreditam que comportamentos inicialmente atribuídos a alterações de personalidade podem ser ocasionados por desregulações importantes do afeto, como labilidade e sensibilidade interpessoal (Perugi et al. in Issler, 2004). Outro problema fundamental na definição de um padrão de personalidade nos pacientes bipolares é a dificuldade de determinar se este padrão estaria presente como característica pré-mórbida, ou pelo contrário, seria uma mera consequência da doença (Barrantes et al. in Vieta, 2001). Em estudos que avaliam personalidade e transtorno do Eixo I, a questão que se impõe é se as características de personalidade podem ser um fator de risco para a instalação do transtorno, ou mesmo uma complicação deste último. Podem, ainda, ambos serem manifestações clínicas distintas de um mesmo processo patológico (Grant et al., 2005).

Estudos não identificaram características específicas de personalidade para pacientes com transtorno bipolar do humor, mas a maior parte deles sugere que o primeiro episódio do transtorno está associado a um estressor externo e os demais episódios não se relacionam a eventos externos ao paciente (Belmaker, 2004). Ademais, pacientes que apresentam um evento de vida associado ao início de seu transtorno, foram descritos como mais propensos a apresentar a polaridade depressiva, enquanto o uso de substâncias prévio ao desencadeamento da doença foi associado à polaridade maníaca (Colom et al., 2006).

2.4- OS SINTOMAS SUBCLÍNICOS COMO UMA MANIFESTAÇÃO DA PERSONALIDADE

Existem evidências de que muitos pacientes bipolares ficam sintomáticos a maior parte do tempo, apesar de receberem tratamento adequado (Fava, 1999 in Martinez-Arán, 2001). Além disso, a presença de sintomatologia subsindrômica pode influir no nível de funcionamento geral do paciente (Kessing et al., 1998 in Martinez-Arán, 2001). Estudos recentes vêm dando maior importância aos sintomas subsindrômicos do transtorno bipolar, uma vez que os sintomas considerados leves, ou 'não clássicos' podem ter repercussões importantes no tratamento e prognóstico dos pacientes (Katzow et al., 2003).

A exploração da sintomatologia subclínica dos transtornos afetivos apresenta várias dificuldades metodológicas, como sua definição, quantificação, evolução e outras variáveis longitudinais (Akiskal, Maser e Zeller, 1995). Entretanto, podemos constituir sintomatologia subclínica por três tipos de sintomas: pródromos, sintomatologia residual e flutuações subclínicas em transtornos crônicos.

Conforme estudo de Perry et al., a detecção precoce dos sintomas prodrômicos tem mostrado eficácia na prevenção de mania, em aumentar o tempo de recaída, mas não na prevenção de depressão. Através de programas de psicoeducação, os pacientes aprendem a identificar sinais comuns de recaídas, principalmente maníacas, o que constitui um primeiro passo para a detecção precoce, ainda que os sinais hipomaniacos sejam mais difíceis de identificar (Perry et al., 1999).

As características pré-mórbidas podem ser confundidas com sintomas prodrômicos e residuais, além disso, a dicotomia entre estado e traço, bem como suas

contrapartidas psicométricas não permitem uma clara diferenciação (Akiskal, Maser e Zeller, 1995).

Outra variável de confusão pode ser a comorbidade, uma vez que ao ocorrerem dois transtornos mentais simultaneamente, há uma relação hierárquica entre eles, de forma que o tratamento do transtorno primário pode produzir a recuperação de ambos, ou até mesmo o desaparecimento da comorbidade (Zaretsky e Segal, 2001). Com relação aos pródromos em pacientes com transtorno bipolar, Kraepelin (1921) descreveu a mania aguda, pontuando que esta tem um início repentino, na maioria das vezes com sintomas somáticos, como dores de cabeça, mal-estar, pouca satisfação nas atividades laborativas, além de irritabilidade, insônia entre outras (Kraepelin, 1921).

Judd e Akiskal (2002), realizaram um estudo em que definiram como categoria diagnóstica os 'sintomas subclínicos da mania'. Este grupo consistia em pessoas que haviam experienciado 2 ou mais episódios maníacos ao longo da vida, entretanto sem fechar critérios para episódio maníaco ou hipomaníaco. Neste artigo, os pesquisadores concluíram que os sintomas subclínicos da mania são clinicamente relevantes, com sua prevalência substancialmente maior que se baseada apenas em episódios maníacos ou hipomaníacos, além de trazerem prejuízos e sofrimento psíquico (Judd e Akiskal, 2002).

Para avaliação de sintomas residuais, Demidenko et al (2004), realizaram um estudo usando o MMPI com pacientes bipolares descendentes de familiares que responderam à profilaxia com o lítio e os descendentes dos que não responderam. Os achados indicaram que, em remissão, os descendentes dos que responderam ao lítio não apresentaram sintomatologia residual. Já o outro grupo, apresentou sintomatologia residual, mesmo em período de remissão. (Demidenko et al., 2004).

Estudos destacam a importância do suporte social na remissão total dos sintomas e na prevenção de recaídas, uma vez que os pacientes com total remissão nos intervalos entre as crises apresentam melhor suporte social se comparados aos que apresentam sintomatologia residual. Neste caso fica difícil distinguir se os pacientes em remissão, por não apresentarem sintomas residuais, obtêm maior suporte social e familiar (Miklowitz, 1996 in Machado-Vieira et al., 2004).

A sintomatologia depressiva residual pode confundir-se facilmente com sintomas negativos e parece correlacionar-se com a desadaptação social assim como com as disfunções cognitivas, entretanto, muitos autores destacam a dificuldade da avaliação dos sintomas subclínicos (Ferrier et al., 1999 in Martínez-Arán, 2001).

Apesar do avanço inquestionável dos tratamentos medicamentosos, ainda há muito a ser realizado a fim de melhorar os desfechos sociais, lidar com os sintomas subsindrômicos e auxiliar o paciente na manutenção do tratamento (Colom e Vieta, 2004).

2.5-REPERCUSSÕES DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE NO RESULTADO DO TRATAMENTO

O conhecimento sobre características individuais e a possibilidade de associarmos tais achados ao TB, traz implicações para a terapêutica utilizada, como o prognóstico, capacidade de adesão ao tratamento farmacológico e necessidades de outras abordagens, como familiar, grupos psicoeducativos e/ou cognitivos, entre outras (Hirshfeldt et al., 1983; Colom et al., 2003). O maior controle da sintomatologia, potencialização da aderência ao tratamento, regulação de rotinas além de outros, são objetivos comuns na maior parte das abordagens terapêuticas a bipolares (Zaretsky et al., 2001).

Sabe-se que um dos obstáculos para a eficácia do tratamento é a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso, que ocorre por diversos fatores, entre eles: fatores ligados ao paciente, como suas atitudes e crenças em relação ao tratamento, falta de conhecimento sobre a doença, comorbidades psiquiátricas, fatores relacionados à personalidade, entre outros (Santin et al., 2005). As taxas de não-adesão em pacientes bipolares representam 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos. A não-adesão aumenta a recorrência de mania, a frequência de episódios depressivos, hospitalizações e suicídios (Colom et al., 2000).

Uma das medidas para melhorar a adesão dos pacientes é identificar as atitudes que impedem o paciente de seguir as recomendações do médico, bem como características de personalidade dos pacientes que não aderem (Ananth et al., 1979).

Estudos clínicos randomizados (Colom et al., 2003) mostraram diferenças significativas entre os grupos tratados com psicoeducação e os controles. Nos que receberam psicoeducação houve uma diminuição significativa nas recaídas e recorrências da doença, além da diminuição do tempo de permanência em hospitais (Colom et al., 2003).

O objetivo da psicoeducação é ajudar o paciente a entender a complexa relação entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal, efeitos colaterais das medicações, além de apropriarem-se da doença, conhecendo-a para que possam contribuir ativamente em seu tratamento com o médico (Colom e Vieta, 2004). Outros estudos mostram que a Terapia focada na família também melhora o curso da doença, diminuindo as crises depressivas e maníacas (Santin, Cereser e Rosa, 2005).

Daí a importância de aprofundarmos os métodos de avaliação de personalidade, que apresentam certas limitações, mas são uma possibilidade de desenvolvermos e ampliarmos estudos futuros que sejam efetivos com tais pacientes, pensando inclusive em fatores genéticos associados. (Wetzler et al., 1995; Svrakic, 1996; Cloninger et al., 1993).

2.6 - AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

Muitas linhas de pesquisa estão convergindo para facilitar a integração dos métodos categóricos e dimensionais para diagnosticar transtornos de personalidade (Cloninger et al., 1993). Critérios diagnósticos foram desenvolvidos para definir categorias de transtornos de personalidade através do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition (1987)*. As escalas para dimensões quantitativas da personalidade foram desenvolvidas utilizando análises fatoriais de traços de personalidade observados em pessoas com transtornos de personalidade ou na população geral (Groth-Marnat, 1999).

Entretanto, os instrumentos para diagnosticar transtornos de personalidade apresentam limitações práticas e teóricas (Svrakic et al., 1993), apesar de métodos compreensivos virem sendo desenvolvidos (Zimmerman, 1994 in Cloninger et al., 1998). Existem poucos estudos que descrevem as diferenças entre sujeitos com transtorno bipolar em remissão e controles normais (Subotnik et al., 1999). Neste estudo, o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), foi escolhido para ser o instrumento que avalia personalidade, pois além de seu uso clínico, foi largamente utilizado na literatura. Apesar de na maioria dos estudos em que o MMPI era administrado, não terem sido encontrados um padrão específico de personalidade em pacientes eutímicos (Lumry et al., 1982 in Barrantes, 2001), há muitas evidências em pesquisas e experiência clínica, que afirmam o uso do MMPI como uma medida tanto de características de personalidade como de status clínico (Graham, 1987 in Subotnik, 1999). Além disso, o instrumento mostra-se muito adequado para procurar uma

variedade de dimensões psicopatológicas que podem estar presentes como níveis subclínicos durante a remissão dos sintomas (Subotnik et al., 1999).

O MMPI é um questionário estruturado, que foi elaborado para assegurar, num só teste, o perfil e a análise dos traços e das características mais importantes da personalidade (Hathaway e Mckinley, 1951). Ao ser desenvolvido, o objetivo era criar um instrumento que se somasse à rotina com pacientes psiquiátricos e pudesse determinar com acurácia a severidade dos transtornos por eles apresentados (Groth-Marnat, 1999). O MMPI é composto por 566 itens certo-errado, com quatro escalas de validade e dez escalas clínicas.

As escalas de validade contribuem de duas maneiras à compreensão da pessoa examinada. Isto porque indicam a atitude que o sujeito tomou frente ao teste, servindo como um instrumento de validade, ao mesmo tempo em que revela aspectos da personalidade. Em razão de aplicarmos análises estatísticas aos perfis resultantes das escalas, foram excluídos os perfis que tiveram resultado acima de T 70 nas escalas de validade, conforme orientação do manual (Hathaway e Mckinley, 1971).

As escalas clínicas avaliam uma ampla gama de sintomas e serão brevemente descritas:

Escala (Hs) HIPOCONDRIA: Compreende basicamente queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal.

Escala (D) DEPRESSÃO: Foi desenvolvida para medir o sintoma clínico da depressão. É considerada uma escala de sintomas.

Escala (Hy) HISTERIA: Foi desenvolvida para diagnosticar pacientes que apresentavam transtornos com base psicogênica

Escala (Pd) DESVIO PSICOPÁTICO: Avalia o 'nível de ajustamento social'

Escala (MF) MASCULINIDADE-FEMINILIDADE: Identifica características de personalidade da inversão sexual masculina, na época em que a homossexualidade ainda era considerada como transtorno mental

Escala (Pa) PARANÓIA: Visa o diagnóstico do quadro clínico da paranóia, bem como sintomatologia paranóide

Escala (Pt) PSICASTENIA: semelhante a um transtorno de ansiedade com sintomas obsessivo-compulsivos (Groth-Marnat, 1999)

Escala (Sc) ESQUIZOFRENIA: Construída para diferenciar sujeitos esquizofrêncios de normais

Escala (Ma) HIPOMANIA: Para diagnosticar estado hipomaniaco e casos leves de mania, descrito por Groth-Marnat (1999) por períodos cíclicos de euforia, irritabilidade aumentada e excessiva atividade

Escala (Si) INTROVERSÃO-EXTROVERSÃO: Desenvolvida a partir da análise conceitual do *continuum* introversão – extroversão, em termos de traços de pensamento, participação e expressão emocional

A tabela 1 descreve as escalas com suas abreviaturas e número correspondente:

NO ORIGINAL	EM PORTUGUÊS	SIGLA	NÚMERO
<i>Escalas de Validade</i>			
Question score	Dúvida	?	
Lie score	Mentira	L	
Validity score	Escala “F”	F	
K score (correction)	Escala “K”	K	
<i>Escalas Clínicas</i>			
Hipocondria	Hipocondria	Hs	1
Depressão	Depressão	D	2
Histeria	Histeria	Hy	3
Psychopathic Deviate Scale	Desvio psicopático	Pd MF	4 5
Interest Scale	Masculinidade-Feminilidade		
Paranoia Scale	Paranóia	Pa	6
Psychoasthenia	Psicastenia	Pt	7
Schizophrenia Scale	Esquizofrenia	Sc	8
Hypomania Scale	Hipomania	Ma	9
<i>Additional Scale</i>			
Social I.E. Scale	Introversão-Extroversão	Si	0

Em estudo mais recente Subotnik et al. (1999), identificaram que os escores de algumas escalas do MMPI em pacientes, em relação aos controles, eram mais altos mesmo durante o período de remissão dos sintomas psicóticos, o que considerou como ‘indicadores de vulnerabilidade’. Se as escalas são elevadas somente nos episódios psicóticos, podem ser consideradas como ‘indicadores de episódio’. Neste mesmo estudo, duas escalas (paranóia e desvio psicopático) não se mostraram maiores em esquizofrênicos fora de crise do que em bipolares em remissão dos sintomas. Isto

possivelmente se deve ao fato de que há componentes psicóticos nos pacientes bipolares, que são detectados através destas escalas (Subotnik et al., 1999). Estes achados corroboram com a importância dos pacientes estarem eutímicos no momento da avaliação, tendo em vista que o estado emocional influencia as respostas aos estímulos (Barrantes et al., 2001).

Os conteúdos da maioria das questões do MMPI estão de acordo com sintomatologia psiquiátrica, psicológica, neurológica e também com sintomas físicos. Entretanto, algumas delas não se parecem tão óbvias, pois carregam um significado subjacente (Groth-Marnat, 1999).

Através da avaliação realizada com o MMPI (Donnelly, 1976; Caldwell et al., 2001) e WAIS-R (Wechsler, 1981) nos pacientes com TB, buscamos acessar suas características de personalidade e condições cognitivas, respectivamente, que independem de seu diagnóstico de eixo I, mas que podem influenciar ou ser influenciadas por ele (Goodwin e Jamison, 1990).

Além disso, tratando-se de características de personalidade, parece ser uma medida confiável desde o aspecto qualitativo, até o quantitativo (Cunha et al., 2000). Com tal avaliação, poderemos traçar medidas terapêuticas adequadas para as necessidades dos pacientes, que irão depender de seus atributos de personalidade, capacidades cognitivas, de *insight* e condições de aderência ao tratamento.

1. OBJETIVOS

- Verificar se há diferença nas dimensões do MMPI entre pacientes bipolares clinicamente eutímicos e controles

Específico

- Verificar a influência de confundidores como idade, sexo e quociente intelectual nas dimensões do MMPI

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delineamento

Estudo de caso-controle

2.2 Local

Todos os pacientes foram recrutados do Programa de Transtorno do Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e avaliados na instituição

2.3 População

Pacientes com diagnóstico de TB tipo I que são atendidos no Programa dos Transtornos do Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os controles foram indivíduos funcionários de hospital geral, pareados para idade, sexo e quociente de inteligência.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J. Affect Disord.* 2000; 59 (suppl 1): S5-S30.
2. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ et al. Switching from 'unipolar' to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 114-123
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1994; 151 (12 suppl): 1-36
4. Ananth J, Engelsmann F, Kiriakos R, Kolivakis T. Prediction of lithium response. *Acta Psychiatr Scand.* 1979 Sep;60(3):279-286
5. Barrantes N, Colom F, Claridge G. Temperamento Y personalidad en los trastornos bipolares In: Vieta E. *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos* 1º ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 227 – 255.
6. Belmaker RH. Medical Progress: Bipolar Disorder. *New England J Med.* 2004; 351(5): 476-486
7. Blazer DG. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* 7th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, c2000. p.1298-308.
8. Bourgeois M.L. El espectro bipolar en las depresiones. In: Vieta E. *Trastornos bipolares: Avances clinicos y terapéuticos.* 1ºed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 117 – 130.

9. Caldwell AB. What do the MMPI scales fundamentally measure? Some hypotheses. *J Pers Assess.* 2001 Feb;76(1):1-17.
10. Cloninger CR, Bayon C., Svrakic D.M. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J of Affective Disorders* 1998; 51: 21-32.
11. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch General Psychiatry* 1993; 50:975-990
12. Colom F, Vieta E, Daban C, et al. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 93 (2006) 13-17
13. Colom F, Vieta E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não-farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2004; 26(supl III): 47-50
14. Colom F, Vieta E, Martinez A et al. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry.* 2000; 61:549-554
15. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Apr;60(4):402-407
16. Cunha, J A. *Psicodiagnóstico-V* 5. Ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2000.

17. Deltito J, Martin L, Riefkohl J, Austria B, Kissilenko A, Morse C. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorders* vol. 67, 1-3 2001: 221-228
18. Demidenko N, Grof P, Alda M, Deshauer D, Duffy A. MMPI as a measure of subthreshold and residual psychopathology among the offspring of lithium responsive and non-responsive bipolar parents. *Bipolar Disorders*. 2004; 6: 323-328
19. Donnelly EF, Murphy DL, Goodwin FK. Cross-sectional and longitudinal comparisons of bipolar and unipolar depressed groups on the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976; 44: 233-237.
20. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4^a edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1994.
21. Gazalle FK, Andreazza AC, Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F. Early diagnosis in bipolar disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol.27 no.1 São Paulo Mar. 2005
22. Gazalle, FK, Kapczinski, F. Bipolar disorder: building the path of return to the ideas of Kraepelin. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.28 no. 1 São Paulo. Mar.2006
23. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord.* 2003, Apr; 5(2): 115-122.
24. Goodwin, G. Hypomania: What's in a name? *British Journal of Psychiatry*, 2002; 181:94-95
25. Goodwin FJ, Jamison KR. *Maniac-Depressive Illness*. New York: Oxford University press, 1990.

26. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res* 39: 1-9, 2005
27. Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment*. 3.ed. New York: Wiley & Sons.
28. Hathaway SR, McKinley JC: *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Revised*. New York, Psychological Corporation, 1951.
29. Hathaway SR, McKinley JC (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade*. Manual. Rio de Janeiro: CEPA
30. Hilty DM, Brady KT, Hales RE. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services* 1999; 50 (2): 201-213
31. Hirshfeldt RMA, Klerman GL, Clayton PJ, Keller MB, McDonald-Scott P, Larkin BH. Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *Am J Psychiatry* 1983;140 (6), 695-699.
32. Issler, CK, Sant'Anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Ver Brás Psiquiatr* 2004; 26 (suplIII): 31-6
33. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*. 2002
34. Katzow JJ, Hsu DJ, Nassir GS. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar disorder*. 2003; 5(6): 436-4

35. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
36. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C et al. The epidemiology of DSM-III-R Bipolar I Disorder in a General Population Survey. *Psychol Med* 27: 1079-1089, 1997
37. Kraepelin E. *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone, 1921
38. Machado-Vieira R, Santin Aida, Soares JC. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26 (supl III): 51-3
39. Martínez-Arán A, Goodwin GM, Vieta, E. El mito de la ausencia de disfunciones cognitivas en el trastorno bipolar. In: Vieta E. *Trastornos bipolares: avances clinicos y terapeuticos* 1º ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 131-147
40. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 225-231.
41. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997; 349(9063): 1436-42
42. Neto TPB, Neto, FL. Transtornos de personalidade em pacientes com fobia social. *Rer Psiq Clin* 33 (1); 3-9, 2006
43. Perry A, Tarrier N, Morris R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999; 318 (7177): 149-156
44. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology Second Edition*. 1998, Lippincott-Raven Publishers part II

45. Santin A, Cereser K, Rosa, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. Revista de Psiquiatria Clínica 32,supl 1; 3,2005
46. Schatzberg AF, Kupfer DJ, Stein DJ. The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders. 2006. American Psychiatric Publishing inc. 1st.ed.
47. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF. Trait versus state aspects of the MMPI during the early course of schizophrenia. Journal of Psychiatric Research 33 (1999) 275—284
48. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger, CR. Differential Diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50: 991-999.
49. Svrakik NM, Svrakik DM, Cloninger CR. A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. Dev Psychopatology 1996; 8: 247-272
50. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. Bipolar Disorders, 2001. vol.3 Issue 5, pp253-258.
51. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament e and character. J Aff Dis 1998; 51: 1-5.
52. Wechsler, D. Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised (manual). Copyright; Psychological Corporation, 1981.
53. Wetzler S, Khadivi A, Oppenheim S. The psychological assessment of depression: unipolars versus bipolars. J Pers Assess. 1995 Dec; 65(3): 557-566.

54. Zaretsky AE, Segal ZV, Psychosocial interventions in bipolar disorder. In: Vieta E. Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos 1^oed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 131-147.

ABSTRACT

The aim of this study is to assess, through the Multiphasic Minnesota Personality Inventory (MMPI), the prevalence of a specific pattern of personality disorder in bipolar patients. Patients were diagnosed with type I bipolar disorder (BD) and were treated at the Bipolar Disorders' Program at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), fulfilling inclusion and exclusion criteria for this study. It is an case-control study, where the MMPI and WAIS-R scales were used to assess, respectively, personality and intelligence quotient (IQ). Results showed that Paranoia (Pa) scores were increased among bipolar patients. Besides, all clinical scales in the MMPI test were increased in bipolar subjects in comparison with controls, except for the masculinity-femininity (MF) scale. Our findings do not show a specific personality pattern among patients; however, the increase in the paranoia scale is related to several difficulties observed in bipolar patients, such as compliance to treatment, establishment of trust in interpersonal relationships, etc. Such difficulties may impair the global functioning of those patients, which requires special attention and ability from the mental health team to deal with these personality aspects that impact directly on the course and development of treatment.

Key words: personality, bipolar disorder, MMPI

Assessment of Personality Dimensions in Euthymic Bipolar Patients

Prieb RG, Kauer-Sant'Anna M, Cereser KM, Andreazza AC, Kuchenbecker R, Santin A, Kapczinski F

Bipolar disorder (BD) is a chronic and recurrent disorder with multifactorial causes (APA, 1994). The prevalence of Bipolar Disorder Type I is about 1% throughout the world population. Men and women are equally affected (Belmaker, 2004). Type II, in turn, affects about 0.5% of the population, being more common in women (Hilty, Brady e Hales, 1999). In classifications which include mild forms of the disorder, the prevalence can reach 6.4% (Judd e Akiskal, 2002). Comorbidities are common in bipolar patients, ranging from 31% to 60% according to samples studied and methodologies used (Vieta et al., 2001).

Personality and character include a broader range of elements, such as learning and social relations. Even though they are not closed definitions, temperament can be seen as the individual's dispositions towards certain patterns of emotional reaction, affective swings, and level of sensitivity to stimuli. (Merikangas et al., 1998 in Barrantes, 2001). Some mood swings can be associated to personality traits (Bourgeois, 2001), which have, together with temperament, a biological basis reflecting primary traits that distinguish one individual from the other, with personality covering a broader set of components. Temperament, in turn, is more related to constitutional and genetic elements, from which personality will develop, even though it is difficult to tell one from the other (Barrantes et al., 2001).

The view according to which bipolar patients have total remission in intervals between crises has been challenged in the light of recent evidence. Studies show that subclinical disturbances are observed between episodes, including cognitive deficits (Martinez-Arán, 2001) and damage to patients' functional ability (Goldberg, Harrow, 2005). Subsyndromic symptoms have been associated to a negative impact on quality of life (Yatham, 2004; Gazalle, 2005a; Gazalle, 2006). Besides, the number of years that patients remain without proper diagnosis can be an important factor in determining morbidity (Gazalle et al., 2005b). Neuropsychological deficits have been reported in depression and mania and executive functioning have been showed even after remission of symptoms (Ferrier et al., 1999). While these cognitive deficits are more severe during symptomatic exacerbation, recent studies indicate that many of these cognitive dysfunctions persist even after euthymia has been achieved (Robinson, 2006). The clinical effects of these cognitive difficulties can be devastating on scholastic, occupational and interpersonal functioning. Frequently taking place during the young adult transitional period, disruptions caused by bipolar disorder can be particularly damaging. Even mild dysfunction can dramatically affect occupational and social life, disrupting educational and vocational development and devastating social networks as well as the individual's emergent self-identity. Even when high levels of education have been achieved, individuals with bipolar disorder tend to be under-employed, and a significant percentage remains incapable of either employment or independent living (Zarate, 2000).

There are few studies describing the differences between subjects with bipolar disorder in remission and normal controls (Subotnik KL et al, 1999). Furthermore,

personality traits that persist during periods of remission might indicate potential vulnerability factors for bipolar patients.

Evidence in research studies and clinical experience sustains the use of MMPI as a measure both of personality traits and clinical status (Subotnik, 1999). Besides, MMPI turns out to be very suitable to search for a variety of psychopathological dimensions that might be present as subclinical levels during remission periods (Subotnik et al., 1999; Caldwell, 2001). The aim of this study is to investigate personality traits of bipolar patients in remission compared to normal individuals using the MMPI.

1. METHODS

A case-control study, composed by forty cases of patients with bipolar disorder were evaluated consecutively from January to November, 2004, recruited from the Bipolar Disorders Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As criterion for inclusion, were in euthymia as determined by trained psychiatrists of the program. Bipolar Disorder diagnose was confirmed using the Structured Clinical Interview DSM-IV (SCID)

Personality assessment was conducted according to the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Demographic data were collected using a structured questionnaire. Patients with estimated IQ under 80 and/or undergoing episode of mania, hypomania, or depression were excluded from the sample (eight cases, one of which was admitted to the hospital after a depression episode). Forty normal control individuals were recruited by convenience. They are a sample of health professionals working at

HCPA. Those individuals were invited to take part in the study and were paired according to gender and age. The criteria for exclusion of controls was estimated IQ under 80 and/or another psychiatric illness according Axis I. Those individuals will be calling by controls, because we don't have a better name. They work at a general hospital and this can reduce the magnitude of the findings.

Table 1 describes patients and controls in demographic terms and with estimated IQ. No significant differences have been observed between bipolar patients and controls.

This study has been previously approved by the ethics and research committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and each participant provided informed consent previous to the interview.

2. ASSESSMENT

Patients and controls were interviewed by trained psychiatrists who used the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) was used to evaluate personality traits and was applied by trained psychologists. The version used was the complete one, since it is the only one that has been translated and adapted in Brazil (Hathaway e McKinley, 1971). One of the criteria for the application of MMPI is that subjects have at least borderline IQ (80 or higher) for results to be considered valid. Therefore, we obtained the estimated IQ of patients and controls through WAIS-R. MMPI is a structured questionnaire made to compile in one test the profile and the analysis of the most important traits (Hathaway e Mckinley, 1971). When it was developed, the aim was to create a tool to be added to the routine of

psychiatric patients and that could accurately determine the severity of their disorders (Groth-Marnat, 1999). MMPI comprises 566 true-or-false items, with four validity scales and ten clinical scales.

Validity scales contribute in two ways to understanding the person being examined. That is because they indicate the subject's attitude towards the test, serving as a validity tool and at the same time revealing personality aspects. Because we apply statistical analyses to profiles resulting from scales, profiles with results over T 70 in the validity scales were excluded according to the manual (Hathaway e Mckinley, 1971).

3. STATISTICAL ANALYSIS

Sociodemographics variables were evaluated according to frequency, mean values and standard deviation. The ten MMPI's scales were analyzed separately.

Descriptive analyses included calculation of proportion and respective 95% confidence intervals. For the verification of the differences in proportions was used the chi-square test, and analysis of the variance was used for to compare means between groups. In order to adequately adjust for confounders (sex, age and estimated IQ), a Linear Regression model was used. ANOVA with post-hoc Tukey test was used to comparisons between groups.

The analysis was conducted run according to the SPSS, version 11.0. A difference higher than 0.05 was considered statistically significant.

4. RESULTS

Patients and normal individuals were evaluated (N=80). Table 1 describes patients and normal individuals in terms of demographic characteristics and estimated IQ. No significant demographic differences were observed between patients and controls. However, even though there is disproportion between cases and normal individuals regarding IQ status, studies show a tendency of bipolar patients, even during euthymia, to present cognitive deficits related to the disease, regardless of sociocultural factors. (Robinson et al, 2006). Mean values and standard deviation of the ten MMPI clinical scales were described in Table 2. All scales, except for interest scale, presented higher scores in bipolar patients ($p < 0.001$). In patients, the values of the paranoia scale are significantly higher than the others (Figure 1). Nevertheless, any scale is higher than others, to indicate the presence of lot personality traits, more than personality disorders. Other reason can't detect specific traits related in other studies, is the statistic power, owing the size of the sample.

Table 3 presents raw and adjusted analysis in the association between MMPI scales and bipolar patients. After adjustment for potential confounds (sex, age and estimated IQ), all differences were maximized (characterizing a negative confound).

5. DISCUSSION

Our results support the hypothesis that compared to normal individuals, bipolar patients present high levels in all clinical scales, except in the interest scale, where scores remained at normal levels (Rossi et al, 2001). Such finding are in agreement with the study conducted by Jamison et al (1990), which evaluated the perception of interest

scale during distinct stages of bipolar disorder, i.e., depression, mania-hypomania, and euthymia. Depression showed a neutralizing effect while mania-hypomania produced an increasing effect in the patient's sexual identity (Goodwin e Jamison, p. 292, 1990).

Our findings corroborate a previous study conducted by Akiskal et al., which reported a general increase in psychopathology in bipolar patients, but did not point to any specific dimensions in terms of personality (Akiskal et al., 1995). Also, Savitz et al., recently showed that, despite the fact that personality traits in BD do not depend on patients' mood state, there is no pathognomonic premorbid personality profile of BD (Savitz et al, 2006).

Even though normality, by definition, is a relatively stable trait, studies have demonstrated that the prevalence of personality varies according to the current humor episode in Bipolar Disease (Parker et al., 2004). The more consistent findings point out that euthymic patients evaluated with structured interviews presented lower comorbidity levels with personality disorders – around 30% – than symptomatic patients, who scored around 60% (George et al., 2003).

The increased scores in the paranoia scale (Pa) in bipolar patients in our study, indicates that suspicion feelings, concern with the others opinion about themselves, very sensible relationships and reference ideas are prominent. However, we can not assume that there is a specific pattern of personality in our sample, in contrast with the studies by George et al. (2003), which showed higher prevalence of comorbidities with personality disorders such as histrionic, borderline, and obsessive-compulsive disorders in BD (George et al, 2003). Rossi et al. (2001), compared the prevalence between unipolar and bipolar individuals, and found that BD presented higher rates of cluster B

personality traits, including obsessive-compulsive and avoidant traits (Rossi et al., 2001).

Accordingly with previous reports, we found that MMPI scales scores were higher in patients in relation to controls. Moldin et al.(1987) evaluated the MMPI's performance in psychotic patients and during the remission period, and found that the MMPI scales scores were higher in patients in relation to controls in both periods. These findings are associated to the vulnerability factors, which appear not to change significantly with the clinical status (Moldin et al., 1987). In addition, this study shows that one of the scales to adjust a potential pattern of factor to vulnerability is the paranoia (Pa), that can indicate the vulnerability to psychosis and was significantly higher in our findings, consistent with the presence of psychotic symptoms in a large proportion of bipolar type I.

Following the concept that the clinical status does not change established vulnerability factors and considering our findings about paranoia (Pa), there is clinical evidence that some bipolar patients present characteristic personality traits that remain stable during episodes and during euthymia. Since descriptions by Kraepelin (1921), personality traits are considered as constituting element for pathoplasticity of a bipolar disorder (Cloninger et al., 1998). It is important to know whether personality traits observed in patients can be considered as a risk factor for the establishment of the disorder or, on the other hand, a result of the pathology (Grant et al., 2005). These patterns of behaviour (traits) and the comorbidity with personality disorder may partially explain the subclinical symptoms between crisis and vice-versa (Barrantes in Vieta et al., 2001). There is strong evidence of an association between premorbid personality profile and BD types (von Zerssen et al., 1994).

The study of personality traits in bipolar patients deserves more attention, since Axis II pathologies may difficult the diagnosis and may worsen the course of bipolar disorder (George et al., 2003), bringing consequences for the therapeutic choice, such as the response to pharmacological treatment (Akiskal et al., 1995). Besides, the possibility of association of some personality traits of the patients might indicate which inner resources are present and help to explain the difficulties in compliance to the treatment (Demidenko et al., 2004). It is also known that one of the most relevant factors for noncompliance is comorbidity with personality disorders (Colom et al., 2000).

Our study does not answer all questions, because there are some limitations such as subsyndromic symptoms, which might have influenced at the moment of testing, since we have not applied Yang-mania and Hamilton scales in order to fulfil complete remission criteria; besides, a prospective study is needed to assess patients when they are not euthymic, in order to evaluate state and trait to confirm the literature. The controls recruited were employees of a general hospital and this can reduce the magnitude of the findings.

Furthermore, routine evaluation of personality traits and the possibility of focused treatment may improve maintenance treatment between episodes. By identifying personality traits in asymptomatic patients and their long-term effects we have important clinical tools for treatment, prophylaxis, and the structure of rehabilitation programs.

Table 1. Description of the sample in terms of demographic and estimated IQ variables stratified by controls and bipolar patients.

VARIABLE	Controls	Bipolar disorder	P value
Sex			0.92*
Men	25.0%	26.0%	
Women	75.0%	74.0%	
Age (years)			
Mean (SD)	34.5 (5.8)	47.4 (4.3)	0.80**
<40	68.8%	60.0%	0.42*
≥40	31.3%	40.0%	
Estimated IQ			
Borderline	0.0%	6.0%	0.001*
Inferior medium	0.0%	46.0%	
Medium	0.0%	42.0%	
Superior medium	50.0%	4.0%	
Superior	25.0%	2.0%	
> Superior	25.0%	0.0%	

* Chi-square test

** ANOVA test

Table 2. Mean values (SD) of each clinical scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) in controls and bipolar patients.

Clinical Scale's MMPI	Controls (n=40)	Bipolar disorder's patients (n= 40)	P value
Hypochondriasis Scale (Hs)	51.2(8.8)	63.6(13.9)	0,001*
Depression Scale (D)	48.0(9.5)	63.7(11.9)	0,001*
Hysteria Scale (Hy)	50.3(8.6)	61.6(13.4)	0,001*
Psychopathic Deviate Scale (Pd)	49.5(8.4)	59.1(13.8)	0,001*
Interest Scale (MF)	51.3(8.3)	48.3(9.8)	0,179*
Paranoia Scale (Pa)	45.7(10.8)	67.0(15.6)	0,001*
Psychoasthenia Scale (Pt)	48.3(7.0)	55.5(13.9)	0,001*
Schizophrenia Scale (Sc)	44.8(8.9)	61.0(15.3)	0,001*
Hypomania Scale (Ma)	43.7(7.1)	54.7(8.5)	0,001*
Social I. E. Scale (SI)	45.0(6.8)	57.2(10.7)	0,001*

* ANOVA test for heterogeneity

Table 3. Crude and adjusted linear regression coefficients comparing clinical scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) among controls and bipolar disorder's patients.

Clinical Scale MMPI	Crude analysis		Adjusted analysis*	
	Coefficient (CI _{95%})	P value**	Coefficient (CI _{95%})	P value**

Excluido: ¶
¶
¶

Hypochondriasis Scale (HS)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.4 (29.8;48.3)		0.5 (5.9; 19.0)	
Depression Scale (D)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	-5.7 (24.0;40.8)		0.6 (9.9; 21.8)	
Hysteria Scale (HY)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.4 (30.0; 47.8)		0.4 (5.2; 17.9)	
Psychopathic Deviate Scale (PD)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.4 (30.8;49.0)		0.3 (14.5; 66.0)	
Interest Scale (MF)		0.179		0.060
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	-0.1 (46.9; 61.0)		-0.2 (51.2; 91)	
Paranoia Scale (PA)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.6 (14.0; 35.0)		0.5 (10.4; 25.5)	
Psychoasthenia Scale (PT)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.4 (26.2; 44.0)		0.3 (21.0; 71.5)	
Schizophrenia Scale (SC)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.5 (18.6; 38.6)		0.4 (5.6; 19.5)	
Hypomania Scale (MA)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.6 (26.6; 38.8)		0.5 (13.4; 48.0)	
Social I. E. Scale (SI)		<0.001		<0.001
Controls	Reference		Reference	
Bipolar's patients	0.5 (25.8; 40.0)		0.4 (23.4; 64.0)	

* Adjusted for sex, age, estimated IQ.

** Wald test

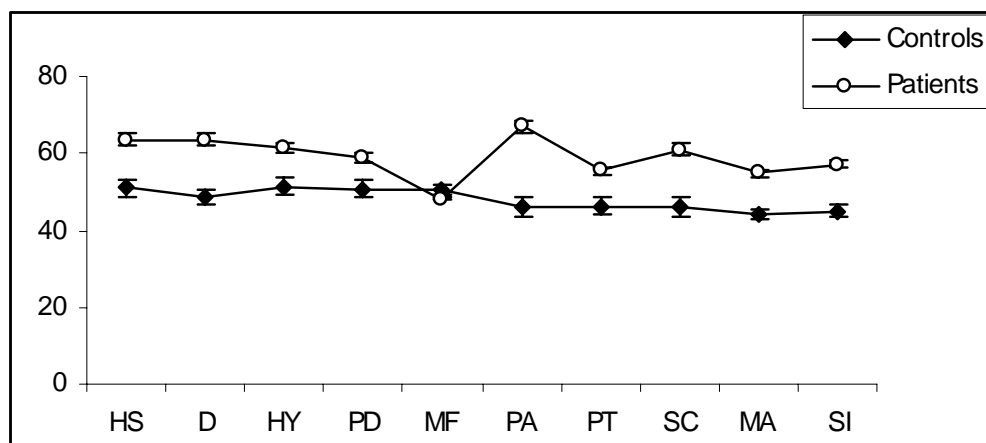
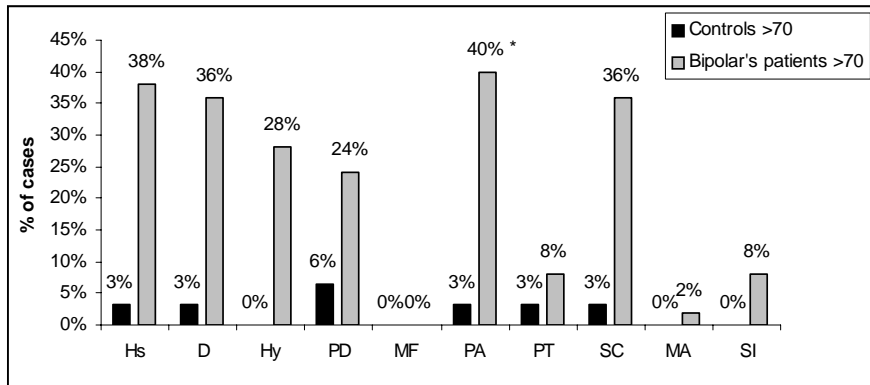


Figure 1. Distribution between bipolar patients and control group.

* All MMPI Clinical Scale were present $p=0.001$, except MF ($p=0,240$). Using ANOVA Test.



* Tukey pos-hoc test , $p<0.05$.

Figure 2: Personality traits among patients and controls.

***Tukey Pos-test**

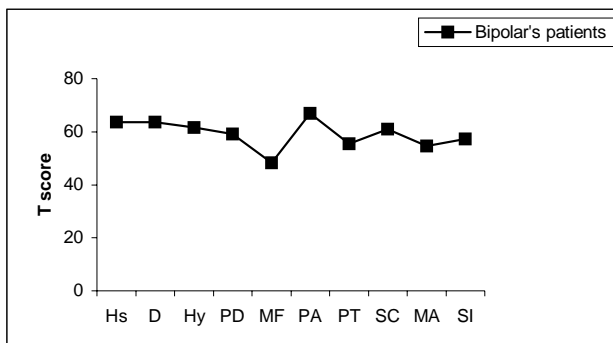


Figure 3: Mean values (SD) of each clinical scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) according bipolar disorder.

6. REFERENCES

1. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J. Affect Disord.* 2000; 59 (suppl 1): S5-S30.
2. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ et al. Switching from 'unipolar' to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 114-123

3. American Psychiatric Association. (1980): Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (3rd ed, rev). Washington, DC, American Psychiatric Press
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1994; 151 (12 suppl): 1-36
5. Barrantes N, Colom F, Claridge G. Temperamento Y personalidad en los trastornos bipolares In: Vieta E. Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos 1° ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 227 – 255.
6. Belmaker RH. Medical Progress: Bipolar Disorder. *New England J Med*. 2004; 351(5): 476-486
7. Bourgeois M.L. El espectro bipolar en las depresiones. In: Vieta E. Trastornos bipolares: Avances clinicos y terapéuticos.1°ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 117 – 130.
8. Caldwell AB. What do the MMPI scales fundamentally measure? Some hypotheses. *J Pers Assess*. 2001 Feb;76(1):1-17.
9. Cloninger CR, Bayon C., Svrakic D.M. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J of Affective Disorders* 1998; 51: 21-32.
10. Colom F, Vieta E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não-farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26(supl III): 47-50
11. Colom F, Vieta E, Martinez A et al. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2000; 61:549-554

12. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Apr;60(4):402-407
13. Cunha, J A. *Psicodiagnóstico-V 5*. Ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2000.
14. Demidenko N, Grof P, Alda M, Deshauer D, Duffy A. MMPI as a measure of subthreshold and residual psychopathology among the offspring of lithium responsive and non-responsive bipolar parents. *Bipolar Disorders*. 2004; 6: 323-328
15. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1995.
16. Ferrier IN, Stanton BR, Kelly TP, Scott J, 1999. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry* 175, 246-251
17. Gazalle FK, Andreazza AC, Cereser KM, Hallal PC, Santin A, Kapczinski F. Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 86 (2005a) 313-316
18. Gazalle FK, Andreazza AC, Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F. Early diagnosis in bipolar disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Vol.27 no.1 São Paulo Mar. 2005b
19. Gazalle, FK, Kapczinski, F. Bipolar disorder: building the path of return to the ideas of Kraepelin. *Rev. Bras. Psiquiatr*. vol.28 no. 1 São Paulo. Mar.2006

20. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord.* 2003, Apr; 5(2): 115-122.
21. Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders* 89 (2005) 79-89
22. Goodwin FJ, Jamison KR. *Maniac-Depressive Illness.* New York: Oxford University press, 1990.
23. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res* 39: 1-9, 2005
24. Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment.* 3.ed. New York: Wiley & Sons.
25. Hathaway SR, McKinley JC: *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Revised.* New York, Psychological Corporation, 1951.
26. Hathaway SR, McKinley JC (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade. Manual.* Rio de Janeiro: CEPA
27. Hilty DM, Brady KT, Hales RE. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services* 1999; 50 (2): 201-213
28. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders.* 2002

29. Katzow JJ, Hsu DJ, Nassir GS. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar disorder*. 2003; 5(6): 436-4
30. Kraepelin E. *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone, 1921
31. Martínez-Arán A, Goodwin GM, Vieta, E. El mito de la ausencia de disfunciones cognitivas en el trastorno bipolar. In: Vieta E. *Trastornos bipolares: avances clinicos y terapeuticos* 1º ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 131-147
32. Moldin SO, Gottesman II, Erlenmeyer-Kimling L. Psychometric validation of psychiatric diagnoses in the New York high-risk study. *Psychiatry Res*. 1987;22:159-177
33. Parker G, Parker K, Malhi G, Wilhelm K, Mitchell P. Studying personality characteristics in bipolar depressed subjects: how comparator group selection can dictate results. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 376-382
34. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, Moore PB. *Journal of Affective Disorders* 93 (2006) 105-115
35. Rossi A, Marinangeli MG, Butti G et al. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J Affect Disorders* 2001; 65:3-8
36. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology* Second Edition. 1998, Lippincott-Raven Publishers. Part II
37. Santin A, Cereser K, Rosa, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica* 32, supl 1; 3, 2005
38. Savitz JB, Savitz JB. Personality: is it a viable endophenotype for genetic studies of bipolar affective disorder

39. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF. Trait versus state aspects of the MMPI during the early course of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 33 (1999) 275—284
40. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martinez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 2001. vol.3 Issue 5, pp253-258.
41. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament e and character. *J Aff Dis* 1998; 51: 1-5.
42. Wechsler, D. Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised (manual). Copyright; Psychological Corporation, 1981.
43. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA, 2004. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord.* 6, 379-385
44. Zarate A, Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q.* 2000; 71 (4): 309-329. Review
45. Zaretsky AE, Segal ZV, Psychosocial interventions in bipolar disorder. In: Vieta E. *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos* 1ºed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 131-147.

RESUMO

O trabalho tem por objetivo avaliar, a partir do uso do Multiphasic Minnesota Personality Inventory, a predominância de um padrão específico de personalidade nos pacientes bipolares. Foram avaliados pacientes com diagnóstico de transtorno de humor bipolar tipo I que são atendidos no Programa de Transtornos de Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que preenchem critérios de inclusão e exclusão para este estudo. Um estudo de caso-controle foi delineado de acordo com os objetivos propostos. Foram utilizadas as escalas MMPI e WAIS-R que avaliam, respectivamente, personalidade e nível de inteligência. Os achados apontam para um

aumento da escala de paranóia (Pa) entre pacientes bipolares. Além disso, todas as escalas clínicas do teste encontram-se aumentadas em relação aos controles, com exceção da escala de masculinidade-feminilidade (MF). Os resultados não indicam que haja um padrão de personalidade específico entre os pacientes; entretanto, o aumento da escala da paranóia relaciona-se às várias dificuldades que são apresentadas por eles, como adesão ao tratamento, estabelecimento de confiança nas relações interpessoais, entre outros. Tais limitações causam prejuízo e comprometem ainda mais o funcionamento global desses pacientes, o que faz com que a equipe que os acompanha tenha que estar atenta e capacitada para lidar com aspectos da personalidade que influenciam diretamente no curso e evolução do tratamento.

Palavras-chave: personalidade, transtorno bipolar, MMPI

Dimensões da personalidade em pacientes bipolares eutímicos

Prieb RG, Kauer-Sant'Anna M, Cereser K, Andreazza AC, Kuchenbecker R. Santin A, Kapczinski F.

O Transtorno Bipolar do Humor é uma doença crônica e recorrente, com causas multifatoriais (APA, 1994). A prevalência do Transtorno Bipolar tipo I fica em torno de 1% da população mundial, sendo homens e mulheres igualmente afetados (Belmaker, 2004). Já o tipo II afeta cerca de 0,5% da população, e é mais comum em mulheres (Hilty, Brady e Hales, 1999). Nas classificações que incluem formas atenuadas do transtorno, a prevalência pode chegar a 6,4% (Judd et al., 2002). A presença de

comorbidades é comum em pacientes bipolares, variando de 31% até 60% conforme amostras estudadas e metodologias utilizadas (Vieta et al., 2001).

A personalidade e o caráter compreendem um conjunto mais amplo de elementos, como aprendizagem e as relações sociais. Ainda que não pretendam ser definições fechadas, o temperamento poderia ser descrito como a disposição que o indivíduo tem a determinados padrões de reação emocional, oscilações afetivas e níveis de sensibilidade aos estímulos (Merikangas et al., 1998 in Barrantes, 2001).

Há alterações de humor que podem associar-se a características de personalidade (Bourgeois, 2001), que têm, junto ao temperamento, um fundamento biológico que reflete as características básicas que diferem um indivíduo do outro, sendo que a personalidade compreende um conjunto mais amplo de componentes. O temperamento, por sua vez, está mais ligado a elementos constitucionais e genéticos, a partir dos quais a personalidade irá se desenvolver, apesar de ser difícil diferenciarmos um do outro (Barrantes et al., 2001).

A concepção de que pacientes bipolares têm completa remissão nos intervalos entre crises tem sido questionada à luz de evidências recentes. Estudos mostram que perturbações sub-clínicas são observadas nos períodos entre episódios, incluindo déficits cognitivos (Martinez-Arán, 2004) e prejuízo na capacidade funcional dos pacientes (Dean, 2004; Goldberg et al., 2005). Sintomas sub-sindrômicos tem sido associados a um impacto negativo na qualidade de vida (Yatham, 2004; Gazalle, 2005a; Gazalle F, 2006) e em revisão sistemática da literatura sobre este tema, os achados apontam que a qualidade de vida em pacientes bipolares tem sido uma variável cada vez mais estudada (Michalak et al., 2005). Além disso, o número de anos

em que o paciente fica sem o diagnóstico adequado pode ser um fator importante na determinação da morbidade nesses pacientes (Gazalle et al., 2005b). Déficits neuropsicológicos têm sido relatados na depressão e mania, primeiro como um estado global, mas posteriormente, diminuições na função executiva foram detectadas, mesmo após a remissão dos sintomas (Ferrier et al., 1999). Apesar dos déficits cognitivos serem mais severos durante a exacerbação dos sintomas, estudos recentes indicam que mesmo após a eutimia, muitas disfunções cognitivas persistem. Os efeitos clínicos dessas dificuldades cognitivas podem ser devastadores nas capacidades escolares, ocupacionais e interpessoais. (Zarate, 2000).

Existem poucos estudos que descrevem as diferenças entre sujeitos com transtorno bipolar em remissão e controles normais (Subotnik et al., 1999). Outrossim, características de personalidade que persistem em períodos de remissão dos sintomas, podem indicar potenciais fatores de vulnerabilidade para pacientes bipolares. Há muitas evidências em pesquisas e experiência clínica, que afirmam o uso do MMPI como uma medida tanto de características de personalidade como de status clínico (Graham, 1987 in Subotnik et al., 1999). Além disso, o instrumento mostra-se muito adequado para procurar uma variedade de dimensões psicopatológicas que podem estar presentes como níveis subclínicos durante a remissão dos sintomas (Subotnik et al., 1999; Caldwell, 2001). O objetivo deste estudo é investigar as características de personalidade de pacientes bipolares em remissão comparados a indivíduos normais.

1. MÉTODOS

Estudo de caso-controle, composto por quarenta casos de pacientes portadores de transtorno do humor bipolar, consecutivamente avaliados no período de janeiro a novembro de 2004, recrutados no Programa de Transtornos do Humor Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Como critério de inclusão foi considerado que os pacientes estivessem clinicamente estáveis, definido pelo DSM-IV como critério de remissão completa, avaliada por entrevista clínica. A avaliação foi realizada por psiquiatras treinados do programa, que utilizaram a Structured Clinical Interview DSM-IV (SCID) para o diagnóstico de TB para que fossem posteriormente incluídos, avaliados e submetidos à avaliação psicológica.

A avaliação da personalidade foi realizada a partir do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e dados demográficos foram coletados por meio de questionário estruturado. Foram considerados critérios de exclusão dos pacientes, QI estimado inferior a 80, avaliado através do WAIS-R e vigência de episódio atual de mania, hipomania ou depressão, por meio de entrevista clínica, como ocorreu em oito casos, que foram excluídos.

Quarenta indivíduos normais foram recrutados como controles a partir de amostra de conveniência de profissionais de saúde que atuam no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tais indivíduos foram convidados a participar da pesquisa por meio de cartazes afixados em locais específicos e foram pareados por idade e gênero. Foram considerados critérios de exclusão dos indivíduos normais, QI estimado inferior a 80 e diagnósticos de qualquer doença psiquiátrica do eixo I. A tabela 1 descreve os pacientes e controles em termos demográficos e com QI estimado. Não foram observadas diferenças significativas entre pacientes bipolares e indivíduos normais.

Este estudo foi previamente aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e cada participante no estudo recebeu uma explicação individual sobre os objetivos e procedimentos do estudo e após deram consentimento por escrito.

2. INSTRUMENTOS

Os pacientes e indivíduos normais foram entrevistados por psiquiatras treinados que usaram a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV (SCID). O Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), foi utilizado para avaliar características de personalidade e foi aplicado por psicólogos habilitados. A versão utilizada foi a completa, pois é a única traduzida e adaptada para nossa cultura (Hathaway e McKinley, 1971). Um dos critérios para aplicação do MMPI é que o sujeito tenha um QI de pelo menos 80, para que os resultados possam ser considerados válidos (Cunha, 2000). Diante disso, obtivemos, através do WAIS-R (Wechsler, 1981), o QI estimado dos pacientes e controles. O MMPI é um questionário estruturado, que foi elaborado para assegurar, num só teste, o perfil e a análise dos traços e das características mais importantes da personalidade (Hathaway e Mckinley, 1951). Ao ser desenvolvido, o objetivo era criar um instrumento que se somasse à rotina com pacientes psiquiátricos e pudesse determinar com acurácia a severidade dos transtornos por eles apresentados (Groth-Marnat, 1999). O MMPI é composto por 566 itens certo-errado, com quatro escalas de validade e dez escalas clínicas.

As escalas de validade contribuem de duas maneiras à compreensão da pessoa examinada. Isto porque indicam a atitude que o sujeito tomou frente ao teste, servindo

como um instrumento de validade, ao mesmo tempo em que revela aspectos da personalidade. Em razão de aplicarmos análises estatísticas aos perfis resultantes das escalas, foram excluídos os perfis que tiveram resultado acima de T 70 nas escalas de validade, conforme orientação do manual (Hathaway e Mckinley, 1971).

3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Variáveis sociodemográficas foram avaliadas por frequência, médias e desvio-padrão. As dez escalas clínicas do MMPI foram analisadas separadamente. Análises descritivas incluíram cálculo de proporção e intervalo de confiança de 95%. Para a verificação de diferenças nas proporções foi usado o chi-quadrado e para comparar médias entre os grupos, utilizamos a análise de variância (ANOVA) com pós-teste de Tukey. Foi utilizado um modelo de regressão linear para ajustar adequadamente os confundidores (sexo, idade e QI estimado), a fim de diminuirmos o risco de associações espúrias.

A análise foi realizada de acordo com o SPSS, versão 11.0. Valores alfa menores de 0.05 foram consideradas estatisticamente significativos.

4. RESULTADOS

Pacientes e indivíduos normais foram avaliados (N=80). Tabela 1 descreve os pacientes e indivíduos normais em termos de características demográficas e QI estimado. Não há diferenças demográficas significativas observadas entre pacientes e indivíduos normais. Entretanto, mesmo que haja desproporção entre casos e indivíduos normais no que tange ao estrato QI, estudos mostram que há uma tendência que os

pacientes bipolares mesmo em período de eutímia apresentem déficits cognitivos relacionados à doença, independente de fatores sócio-culturais (Robinson et al., 2006). A média dos valores e os desvios padrão das dez escalas clínicas do MMPI foram descritas na tabela 2. Todas as escalas, exceto a masculinidade-feminilidade apresentaram escores mais elevados nos pacientes bipolares ($p < 0,001$). Nos pacientes, os valores da escala da paranóia (Pa) foram significativamente mais elevados que as outras (figura 1).

No entanto, nenhuma escala se sobressai, apontando para uma diversificada presença de traços de personalidade, mais propriamente que transtornos de personalidade específicos. Outra razão, para não detectar traços mais específicos relatados em outros estudos é o poder estatístico, devido ao tamanho da amostra.

A tabela 3 apresenta as análises crua e ajustada da comparação entre os escores das escalas do MMPI entre os pacientes bipolares e indivíduos normais. Após ajuste para potenciais confundidores (sexo, idade e QI estimado), todas as diferenças foram maximizadas, caracterizando um efeito confundidor negativo.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que, comparados aos indivíduos normais, pacientes bipolares apresentaram índices elevados em todas as escalas clínicas do MMPI, exceto na escala masculinidade-feminilidade, em que os escores mantiveram-se em níveis considerados normais. Tal achado está de acordo com o estudo de Jamison (1990), que avaliou a percepção de masculinidade-feminilidade em fases distintas da doença

bipolar, ou seja, na depressão, mania-hipomania e eutimia. Além disso, observou que a depressão tinha um efeito neutralizador enquanto a mania-hipomania produzia um efeito aumentado na identidade sexual dos pacientes (Goodwin e Jamison, p. 292, 1990).

Nossos achados estão de acordo com estudo de Akiskal et al., em que se verifica um aumento generalizado de psicopatologia nos pacientes bipolares, porém o mesmo não aponta para nenhuma dimensão específica em termos de personalidade (Akiskal et al., 1995). Além disso, recentemente Savitz et al. mostraram que apesar da associação entre características de personalidade ser independente da condição do paciente, não há um perfil de personalidade pré-mórbido patognomônico de TB (Savitz et al., 2006). Embora a personalidade, em sua definição, seja uma característica relativamente estável, estudos têm demonstrado que a prevalência de transtornos da personalidade varia de acordo com o episódio atual de humor no Transtorno Bipolar (Parker et al., 2004). Os achados mais consistentes apontam que pacientes eutímicos avaliados com entrevistas estruturadas têm menores índices de comorbidades com transtornos de personalidade, por volta de 30%, do que pacientes sintomáticos, que ficam em torno de 60% (George et al., 2003).

O aumento da escala paranóia (Pa) nos pacientes bipolares em nosso estudo, evidencia a presença de sentimentos de desconfiança, preocupação com o que os outros pensam sobre si, hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais e idéias de referência. Entretanto, não podemos considerar que haja um padrão específico de personalidade, como nos estudos de George et al. (2003), em que as comorbidades com transtornos de personalidade mais freqüentemente encontradas são o transtorno

histriônico, borderline e obsessivo-compulsivo (George et al., 2003). Ou ainda, em estudo de Rossi et al. (2001), que comparou a prevalência de transtornos de personalidade em indivíduos unipolares e bipolares, os transtornos mais observados foram os pertencentes ao Cluster B, que inclui obsessivo-compulsivo e evitativo (Rossi et al., 2001).

Ainda sobre a paranóia (Pa) significativamente aumentada em nossos achados, estamos de acordo com os resultados de Moldin et al.(1987). Conforme este estudo, uma das escalas que ajustam um padrão de potencial fator de vulnerabilidade para a psicose, é a Paranóia (Pa), o que é consistente com a presença de sintomas psicóticos em uma significativa proporção de bipolares tipo I, o que justifica estar elevada. Neste mesmo estudo, que avaliava o desempenho do MMPI em pacientes psicóticos e durante o período de remissão, as escalas do MMPI estavam elevadas em pacientes com relação aos controles em ambos os períodos. Tais achados associam-se aos indicadores de vulnerabilidade, que não sofrem alteração significativa conforme o status clínico (Moldin et al., 1987).

Seguindo o conceito de que o status clínico não modifica determinados indicadores de vulnerabilidade, conforme nossos achados sobre a paranóia (Pa), há evidências clínicas de que alguns pacientes bipolares apresentam traços característicos de personalidade que se mantêm durante os episódios ou nos períodos de eutímia. Desde as descrições de Kraepelin (1921), os traços de personalidade são considerados como elementos constituintes de patoplasticidade de um transtorno bipolar (Cloninger et al., 1998). Há uma questão importante a ser considerada que é sabermos se as características de personalidade observadas nos pacientes podem ser consideradas

um fator de risco para a instalação do transtorno ou, por outro lado, uma consequência da patologia (Grant et al., 2005). Esse padrão de comportamento ou comorbidade com transtorno de personalidade podem ser alguns dos fatores que contribuem para os sintomas subclínicos entre as crises ou vice-versa (Barrantes in Vieta et al., 2001). Outros mostram, ainda, que há fortes evidências de que há uma relação entre a personalidade pré-mórbida e os tipos de TB (von Zerssen et al., 1994).

O estudo das características de personalidade nos pacientes bipolares merece maior atenção, isto porque as patologias do eixo II complicam o diagnóstico e curso do transtorno bipolar (George et al., 2003), bem como trazem repercussões para a modalidade terapêutica, como a predição do diagnóstico e a resposta ao tratamento farmacológico (Akiskal et al., 1995). Além disso, a possibilidade de associação de algumas características de personalidade dos pacientes, pode indicar quais recursos internos estão presentes e ajudar a explicar as dificuldades de adesão ao tratamento (Demidenko et al., 2004). Neste sentido, sabe-se que o mais relevante fator para a não-adesão é a comorbidade com transtornos de personalidade (Colom et al., 2000).

Nosso estudo não responde a todas estas questões, pois encontra algumas limitações que se relacionam aos sintomas subsindrômicos, que podem ter influenciado no momento da testagem, uma vez que não aplicamos as escalas Yang-mania e Hamilton, para que fossem preenchidos os critérios de remissão completa. Há, ainda, necessidade de realizarmos um estudo prospectivo para testarmos os pacientes no momento em que não estão eutímicos, a fim de avaliarmos estado e traço para confirmar achados da literatura. Além disso, os controles recrutados foram funcionários de um hospital geral, o que pode diminuir a magnitude de nossos achados.

Em última análise, o reconhecimento de características de personalidade e a possibilidade de um tratamento mais focado, podem melhorar a manutenção entre os episódios. Identificando características de personalidade em pacientes não sintomáticos e seus efeitos em longo prazo, temos implicações clínicas importantes para o tratamento, profilaxia e a estrutura dos programas de reabilitação. Sabe-se que a não identificação de tais características pode implicar na resposta parcial ao tratamento, com o aumento de chances de haver complicações ou, em contrapartida, pode resultar em excessos terapêuticos.

Tabela 1. Descrição da amostra em termos de variáveis demográficas e QI estimado estratificadas entre controles e pacientes bipolares

VARIÁVEIS	Controles	Pacientes Bipolares	P valor
Sexo			0.73*
Masculino	29.3%	26.0%	
Feminino	70.7%	74.0%	
Idade			
Média (DP)	36.9 (6.9)	37.8 (10.5)	0.93**
<40	70.7%	60.0%	0.29*
≥40	29.3%	40.0%	

QI estimado

Média (DP)	4.2 (1.2)	2.5 (0.8)	0.01*
Limítrofe	0.0%	6.0%	
Médio inferior	9.8%	46.0%	
Médio	9.8%	42.0%	
Médio superior	43.9%	4.0%	
Superior	19.5%	2.0%	
> Superior	17.1%	0.0%	

Chi-square test

** ANOVA test

Tabela 2. Média de valores (DP) para cada escala clínica do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) de acordo com controles e pacientes bipolares

Escalas clínicas MMPI	Controles (n= 40)	Pacientes Bipolares (n= 40)	P valor
Hipocondria (Hs)	51.1(8.8)	63.6(13.9)	0.001*
Depressão (D)	48.7(8.8)	63.7(11.9)	0.001
Histeria (Hy)	51.4(9.1)	61.6(13.4)	0.001
Desvio psicopático (Pd)	50.8(8.6)	59.1(13.8)	0.001
Masculinidade-feminilidade (MF)	50.5(7.9)	48.3(9.8)	0.240
Paranoia (Pa)	46.1(10.5)	67.0(15.6)	0.001
Psicastenia (Pt)	46.3(7.5)	55.5(13.9)	0.001

Esquizofrenia (Sc)	46.0(9.1)	61.0(15.3)	0.001
Hipomania (Ma)	44.4(7.3)	54.7(8.5)	0.001
Introversão-extroversão (SI)	45.0(6.5)	57.2(10.7)	0.001

* ANOVA teste para heterogeneidade

Tabela 3. Coeficientes de regressão Linear crua e ajustada comparando as escalas clínicas do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) entre controles e pacientes bipolares

Escalas Clínicas MMPI	Análise crua		Análise ajustada*	
	Coeficiente (CI _{95%})	P valor**	Coeficiente (CI _{95%})	P valor**
Hipocondria (Hs)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.4 (29.8;48.3)		0.5 (5.9; 19.0)	
Depressão (D)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	-5.7 (24.0;40.8)		0.6 (9.9; 21.8)	
Histeria (Hy)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.4 (30.0; 47.8)		0.4 (5.2; 17.9)	
Desvio psicopático (Pd)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.4 (30.8;49.0)		0.3 (14.5; 66.0)	

Masulinidade-feminilidade (MF)		0.179		0.060
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	-0.1 (46.9; 61.0)		-0.2 (51.2; 91)	
Paranóia (Pa)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.6 (14.0; 35.0)		0.5 (10.4; 25.5)	
Psicastenia (Pt)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.4 (26.2; 44.0)		0.3 (21.0; 71.5)	
Esquizofrenia (Sc)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.5 (18.6; 38.6)		0.4 (5.6; 19.5)	
Hipomania (Ma)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.6 (26.6; 38.8)		0.5 (13.4; 48.0)	
Introversão-extroversão (Si)		<0.001		<0.001
Controles	Reference		Reference	
Bipolares	0.5 (25.8; 40.0)		0.4 (23.4; 64.0)	

* Ajustada para sexo, idade, QI estimado.

** Wald test

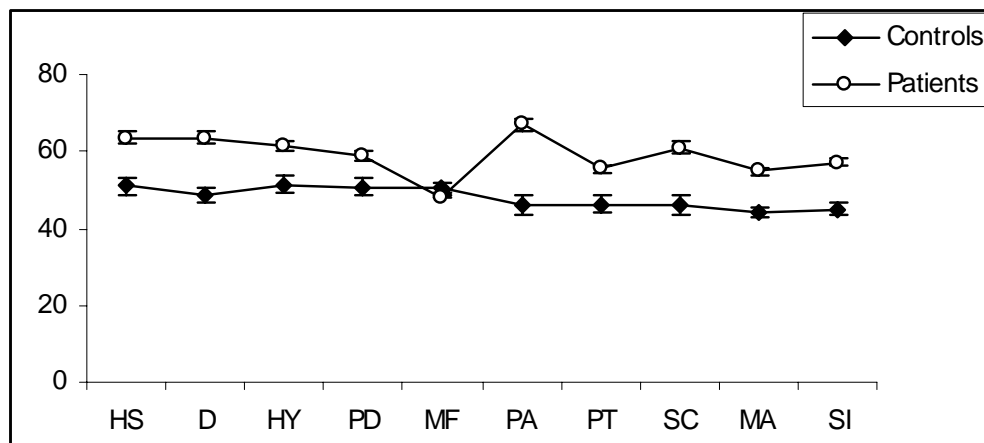
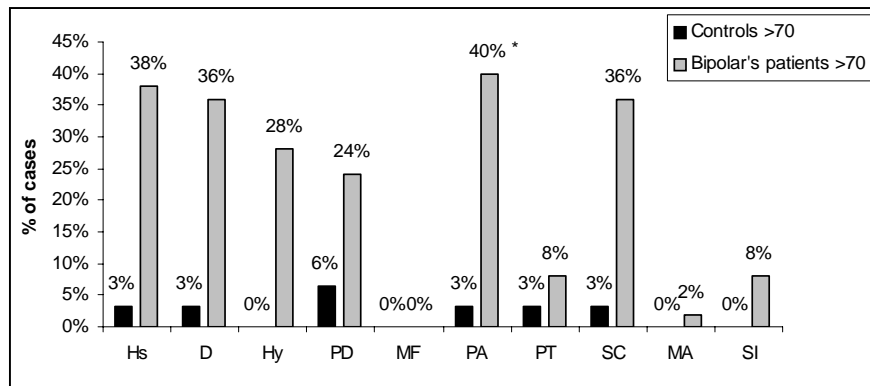


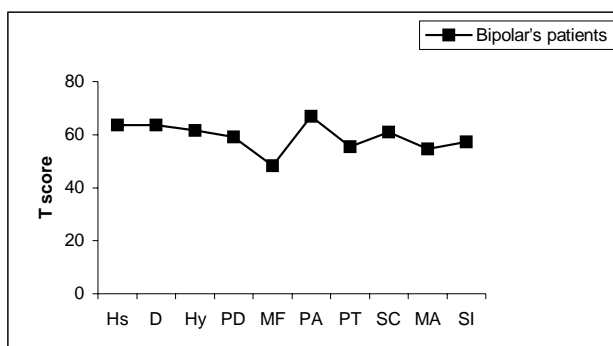
Figura 1. Distribuição entre pacientes bipolares e controles

* Todas escalas clínicas do MMPI apresentaram $p=0.001$, exceto MF ($p=0,240$). Usando ANOVA Test.



* Tukey pos-teste, $p<0.05$.

Figura 2: Características de personalidade em pacientes bipolares e controles.



*Tukey Pos-teste

Figura 3: Média dos valores (DP) para cada escala clínica do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) nos pacientes bipolares.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J. Affect Disord.* 2000; 59 (suppl 1): S5-S30.
2. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ et al. Switching from 'unipolar' to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 114-123
3. American Psychiatric Association. (1980): *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders* (3rd ed, rev). Washington, DC, American Psychiatric Press

4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1994; 151 (12 suppl): 1-36
5. Barrantes N, Colom F, Claridge G. Temperamento Y personalidad en los trastornos bipolares In: Vieta E. *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos* 1º ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 227 – 255.
6. Belmaker RH. Medical Progress:Bipolar Disorder. *New England J Med*. 2004; 351(5): 476-486
7. Bourgeois M.L. El espectro bipolar en las depresiones. In: Vieta E. *Trastornos bipolares: Avances clínicos y terapéuticos*.1ºed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 117 – 130.
8. Caldwell AB. What do the MMPI scales fundamentally measure? Some hypotheses. *J Pers Assess*. 2001 Feb;76(1):1-17.
9. Cloninger CR, Bayon C., Svrakic D.M. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J of Affective Disorders* 1998; 51: 21-32.
- 10.Colom F, Vieta E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não-farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26(supl III): 47-50
- 11.Colom F, Vieta E, Martinez A et al. Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2000; 61:549-554
- 12.Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. A randomized trial

- on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Apr;60(4):402-407
13. Cunha, J A. *Psicodiagnóstico-V* 5. Ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2000.
 14. Demidenko N, Grof P, Alda M, Deshauer D, Duffy A. MMPI as a measure of subthreshold and residual psychopathology among the offspring of lithium responsive and non-responsive bipolar parents. *Bipolar Disorders*. 2004; 6: 323-328
 15. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1995.
 16. Ferrier IN, Stanton BR, Kelly TP, Scott J, 1999. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry* 175, 246-251
 17. Gazalle FK, Andreazza AC, Cereser KM, Hallal PC, Santin A, Kapczinski F. Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 86 (2005a) 313-316
 18. Gazalle FK, Andreazza AC, Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F., Early diagnosis in bipolar disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol.27 no.1 São Paulo Mar. 2005b
 19. Gazalle, FK, Kapczinski, F. Bipolar disorder: building the path of return to the ideas of Kraepelin. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.28 no. 1 São Paulo. Mar.2006
 20. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord.* 2003, Apr; 5(2): 115-122.

21. Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A longitudinal analysis. *Journal of Affective Disorders* 89 (2005) 79-89
22. Goodwin FJ, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University press, 1990.
23. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res* 39: 1-9, 2005
24. Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment*. 3.ed. New York: Wiley & Sons.
25. Hathaway SR, McKinley JC: *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Revised*. New York, Psychological Corporation, 1951.
26. Hathaway SR, McKinley JC (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade*. Manual. Rio de Janeiro: CEPA
27. Hilty DM, Brady KT, Hales RE. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services* 1999; 50 (2): 201-213
28. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*. 2002
29. Katzow JJ, Hsu DJ, Nassir GS. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar disorder*. 2003; 5(6): 436-4

30. Kraepelin E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh: E&S Livingstone, 1921
31. Martínez-Arán A, Goodwin GM, Vieta, E. El mito de la ausencia de disfunciones cognitivas en el trastorno bipolar. In: Vieta E. Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos 1º ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 131-147
32. Moldin SO, Gottesman II, Erlenmeyer-Kimling L. Psychometric validation of psychiatric diagnoses in the New York high-risk study. *Psychiatry Res.* 1987;22:159-177
33. Parker G, Parker K, Malhi G, Wilhelm K, Mitchell P. Studying personality characteristics in bipolar depressed subjects: how comparator group selection can dictate results. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 376-382
34. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, Moore PB. *Journal of Affective Disorders* 93 (2006) 105-115
35. Rossi A, Marinangeli MG, Butti G et al. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J Affect Disorders* 2001; 65:3-8
36. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology Second Edition.* 1998, Lippincott-Raven Publishers part II
37. Santin A, Cereser K, Adriane R. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica* 32, supl 1; 3, 2005
38. Savitz JB, Savitz JB. Personality: is it a viable endophenotype for genetic studies of bipolar affective disorder

39. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF. Trait versus state aspects of the MMPI during the early course of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 33 (1999) 275—284
40. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martinez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 2001. vol.3 Issue 5, pp253-258.
41. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament e and character. *J Aff Dis* 1998; 51: 1-5.
42. Wechsler, D. Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised (manual). Copyright; Psychological Corporation, 1981.
43. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA, 2004. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord.* 6, 379-385
44. Zarate A, Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q.* 2000; 71 (4): 309-329. Review
45. Zaretsky AE, Segal ZV, Psychosocial interventions in bipolar disorder. In: Vieta E. *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos* 1°ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001; 131-147.