



**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia**

Rafael Rodrigues Oliveira

**Efeito da interação entre a personalidade e os sintomas depressivos sobre o  
tratamento farmacológico de mulheres em episódio depressivo maior**

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre

2020

Rafael Rodrigues Oliveira

**Efeito da interação entre a personalidade e os sintomas depressivos sobre o tratamento farmacológico de mulheres em episódio depressivo maior**

Dissertação/tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Edison Capp  
Coorientador: Dr. Flávio Millman Shansis

Porto Alegre

2020

*Dedico este trabalho a todos os pacientes que me confiaram a vida.*

## **Agradecimentos**

À minha esposa Haliny por todo apoio no caminho árduo que minha jornada me impôs.

Ao professor Flávio Shansis pelo incentivo e ensinamentos sobre a natureza dos transtornos mentais.

Ao professor Edison Capp pela minha formação como cientista e pesquisador.

Ao meu amigo Everton Franco Silva, cujo convívio diário foi essencial no meu engajamento com a ciência psiquiátrica.

Aos professores Eduardo Daura, Mateus Reche, Francisco Botti, Lucio Cardon, Graziela Smaniotto, Gustavo Schestatsky e Roberto Jaconi pela minha formação como médico psiquiatra.

À Força Aérea Brasileira e ao Hospital de Força Aérea de Brasília por me permitir manter a prática de excelência que meus mestres me ensinaram, direcionando meu conhecimento para a construção de um país mais forte. É um imenso orgulho lutar em suas fileiras.

Ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, que em seus 138 anos forjou muitos dos maiores psiquiatras do mundo, agradeço ao Dr. Jacinto de Godoy, Dr. Mario Martins, Dr. Dyonélio Machado, Dr. David Zimmermann, Dr. Cyro Martins e ao Dr. Ellis Busnello, este legado sempre viverá em minha prática clínica, mesmo tendo vindo muito depois dos senhores.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós Graduação em ciências da saúde: Ginecologia e Obstetrícia, agradeço o ensino de excelência que me proporcionaram.

Aos colegas do Programa de Ensino e Pesquisa em Transtornos de Humor (PRO-PESTH) deixo o meu reconhecimento pela coleta dos dados e todo o apoio que oferecido.

Meu mais sincero reconhecimento a cada um dos citados, que um dia possa lhes devolver tudo que me deram.

*“Observações futuras de muitos casos dirão se a tentativa de aumentar ou diminuir a forma da doença foi justificada. É de se esperar que os limites clínicos dos grupos de doenças desenhados por nós (...) vá mudar no devido tempo. Essas alterações continuarão até que mais conhecimento sobre a correlação das observações através do acúmulo de experiências tenha sido atingido.”*

*Emil Kraepelin*

## Resumo

**Introdução:** A interação entre traços de personalidade e sintomas depressivos é complexa e pouco estudada. **Métodos:** Analisamos como essa interação afeta o curso e o prognóstico do tratamento de 54 mulheres em episódio depressivo maior por 6 meses ( $M = 5,03$ ), correlacionando PID-5 com a HAM-D17 e intercorrências (ideação suicida, sintomas psicóticos, abandono de tratamento e ausência de remissão). **Resultados:** Regressão linear revelou que os domínios Psicoticismo e Distanciamento são preditores de uma maior pontuação na HAM-D17 após o tratamento farmacológico ( $[R^2 = 0,241; P < 0,05]$ ,  $[R^2 = 0,133 P < 0,05]$ ). Os modelos de regressão logística foram preditivos, utilizando o domínio psicoticismo para ideação suicida  $[R^2 = 0,106, p < 0,05]$  e desenvolvimento de sintomas psicóticos  $[R^2 = 0,147; p < 0,05; ]$ . Distanciamento para ideação suicida  $[R^2 = 0,181; p < 0,05; ]$  e desenvolvimento de psicose  $[R^2 = 0,115; p < 0,05]$ . Afetividade negativa para sintomas psicóticos  $[R^2 = 0,133]$ . O domínio Antagonismo foi preditivo para o abandono do tratamento  $[R^2 = 0,129; p < 0,05]$ . Dos 25 traços, 11 estavam relacionados a intercorrências. **Conclusão:** A personalidade pode mediar a apresentação de sintomas depressivos. Os domínios Psicoticismo e Distanciamento foram preditores do desenvolvimento de sintomas psicóticos e de ideação suicida. Afetividade Negativa de sintomas psicóticos e Antagonismo foi preditor do abandono ao tratamento. Compreender a interação entre a personalidade e os sintomas depressivos pode ter um papel importante para melhorar a prática clínica, identificando precocemente os pacientes com pior prognóstico.

**Palavras-Chave:** Transtorno de personalidade, episódio depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, saúde da mulher.

## Abstract

**INTRODUCTION:** An interaction between personality traits and depressive symptoms is complex and poorly studied. **METHODS:** We analyzed how this interaction affects the course and prognosis of women in major depressive episode during a standardized pharmacological treatment in a total of 54 women, participants in a pharmacological treatment were followed up for 6 months ( $M = 5.03$ ), we use PID-5 and HAM-D17 to measure personality and depressive symptoms. **RESULTS:** A linear regression showed that psychoticism and detachment are predictors of HAM-D17 after treatment ( $[R^2 = 0.241; P < 0.05]$ ,  $[R^2 = 0.133; P < 0.05]$ ). Logistic regression models were predictive in the psychoticism domain for suicidal ideation [ $R^2 = 0.106, p < 0.05$ ] and development of psychotic symptoms [ $R^2 = 0.147; p < 0.05$ ], domain detachment [ $R^2 = 0.181; p < 0.05$ ] and Negative Affectivity [ $R^2 = 0.133; p < 0.05$ ] for suicidal ideation and domain antagonism for abandonment [ $R^2 = 0.129; p < 0.05$ ] of the treatment. Of 25 facets, 11 were related to adverse events. **CONCLUSION:** Personality can mediate the presentation of depressive symptoms. Psychoticism was a predictor of the development of psychotic symptoms, indicating that personality can promote psychosis. Detachment was the greatest predictor of the occurrence of suicidal ideation followed by negative affectivity. Antagonism is a predictor of abandonment. Understanding the interaction between personality and depressive symptoms can play an important role in improving clinical practice.

**Keywords:** Personality disorder, major depressive episode, bipolar disorder, major depressive disorder, women's health.

## Lista de ilustrações

Figura 1 – MAPA CONCEITUAL ESQUEMÁTICO . . . . .	19
Figura 2 – OS QUATRO HUMORES SEGUNDO LAVATER . . . . .	23



## Lista de tabelas

Tabela 1 – DESCRITORES UTILIZADOS . . . . .	17
Tabela 2 – LIVROS HISTÓRICOS PESQUISADOS . . . . .	18
Tabela 3 – RESUMO DA TEORIA DOS HUMORES . . . . .	24
Tabela 4 – CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE . . . . .	34
Tabela 5 – CRITÉRIOS GERAIS PARA O DIAGNÓSTICO TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE . . . . .	38
Tabela 6 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: AFETIVIDADE NEGATIVA	41
Tabela 7 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: DISTANCIAMENTO . .	42
Tabela 8 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: ANTAGONISMO . . . .	43
Tabela 9 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: DESINIBIÇÃO . . . . .	44
Tabela 10 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: PSICOTICISMO . . . .	45
Tabela 11 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	50
Tabela 12 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISÓDIO MANÍACO . . . . .	53
Tabela 13 – CARACTERÍSTICAS EPISÓDIO HIPOMANÍACO . . . . .	54
Tabela 1 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN DOS DOMÍNIOS E DA HAM-D17 ANTES E APÓS O TRATAMENTO . . . . .	74
Tabela 2 – LINEAR REGRESSION: DOMAINS SCORES AND HAM-D17 . . . . .	75
Tabela 3 – BINARY LOGISTIC REGRESSION . . . . .	75
Tabela 4 – INTERCURRENTS . . . . .	75
Tabela 5 – RISK PERSONALITY: TRAIT FACETS AND DOMAINS . . . . .	76
Tabela 6 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO . . . . .	82

## **Lista de abreviaturas e siglas**

APA	American Psychiatric Association
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
HAM-D17	Hamilton Depression Scale 17 itens
HCL-32-BV	Hypomanic Symptoms Check List Brazilian Version
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organização mundial da saúde
PHQ9	Patient Health Questionnaire
PID-5	Inventário de Personalidade do DSM 5
PROPESTH	Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos de Humor
TB	Transtorno Bipolar
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TP	Transtorno de personalidade

## Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA . . . . .</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Estratégia para localizar e selecionar as informações . . . . .</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>MAPA CONCEITUAL ESQUEMÁTICO . . . . .</b>	<b>19</b>
<b>2.3</b>	<b>HISTÓRIA DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE . . . . .</b>	<b>19</b>
2.3.1	<b>A INFLUÊNCIA DO TEXTO HIPOCRÁTICO DA NATUREZA DO HOMEM</b>	<b>19</b>
2.3.2	<b>A INFLUÊNCIA DO LICEU DE ARISTÓTELES . . . . .</b>	<b>24</b>
2.3.3	<b>IDADE CONTEMPORÂNEA . . . . .</b>	<b>26</b>
<b>2.4</b>	<b>EVOLUÇÃO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NO DSM . .</b>	<b>29</b>
2.4.1	<b>TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NO DSM-5 . . . . .</b>	<b>33</b>
2.4.2	<b>NÍVEL DE FUNCIONAMENTO DA PERSONALIDADE (CRITÉRIO A) .</b>	<b>38</b>
<b>2.5</b>	<b>PERSONALIDADE E TRANSTORNOS DE HUMOR . . . . .</b>	<b>46</b>
2.5.1	<b>TRANSTORNOS AFETIVOS . . . . .</b>	<b>47</b>
2.5.2	<b>TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR . . . . .</b>	<b>48</b>
2.5.3	<b>TRANSTORNO BIPOLAR . . . . .</b>	<b>51</b>
2.5.4	<b>DISTINÇÃO ENTRE DEPRESSÃO UNIPOLAR E BIPOLAR . . . . .</b>	<b>55</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA . . . . .</b>	<b>56</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS . . . . .</b>	<b>58</b>

<b>ANEXO A – METODOLOGIA . . . . .</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO C – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) . . . . .</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO D – PHQ-9 . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO E – HCL-32-BV . . . . .</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO F – PID - 5 . . . . .</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO G – HAM-D17 . . . . .</b>	<b>100</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a personalidade tiveram início nos primórdios da história médica, ainda na antiguidade clássica, recebendo a influência de diversos autores. É atribuído ao médico grego Pólibo (400 a.C) a elaboração da teoria dos quatro humores em sua obra “Da Natureza do Homem” que é um dos mais importantes do corpus Hippocraticum (EJIK; JACQUES; NEIL, 2012). O médico Romano Galeno (129-204 d.C) foi o grande responsável por sintetizar o conhecimento médico grego e o divulgar pelo resto do ocidente sintetizando os conhecimentos de Hipócrates, Platão e Aristóteles (REBOLLO, 2006).

Apesar da personalidade ser estudada desde antiguidade clássica, coube a Philippe Pinel (1745-1826) a inclusão dos transtornos da personalidade na literatura médica através de uma nova classificação intitulada por ele como “maniesans delire” (mania sem delírio), na concepção de Pinel, os pacientes com esta condição, possuíam comportamento patológico, porém sem anormalidades da compreensão, percepção, julgamento, imaginação ou memória (CROCQ, 2013). No século XX, Emil Kraepelin (1856-1926) passou a estudar extensivamente a relação entre a personalidade e o desenvolvimento de doenças que cursavam com alterações do humor e do pensamento. Segundo este, as desordens da personalidade resultavam de um retardo do desenvolvimento de certos aspectos psicológicos (SHORTER, 2015). Coube a Kurt Schneider (1887-1967) a relevante observação de que a dicotomização dos traços de personalidade em normal e anormal é algo artificial e que as categorias de personalidades anormais não poderiam ser acomodadas nas extremidades dos traços de personalidade (SHORTER, 2015; CROCQ, 2013).

Os transtornos de personalidade foram abordados em todas as versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM). As primeiras versões do DSM foram profundamente influenciadas pelas teorias psicanalíticas que estavam em vigência no início do século passado (SHORTER, 2015), a influência da psicanálise persistiu até o DSM III, que passou a reaproximar a psiquiatria da medicina através dos conceitos de Emil Kraepelin.

O DSM III tentou definir os T.P como entidades clínicas distintas dos demais transtornos psiquiátricos, através da criação do eixo II, esta inovação melhorou a confiabilidade do

diagnóstico, estimulou a pesquisa e desenvolveu uma estrutura para identificar o impacto dos T.P em outros transtornos psiquiátricos (MOREY; SKODOL, 2013), porém, a noção de que os transtornos de personalidade não seriam formas reais de transtornos mentais persistiu (BASSETT, 2017).

O DSM IV não apresentou mudanças significativas nos transtornos de personalidade, apesar dos avanços obtidos até então, havia ainda uma série de falhas da nova classificação categorial dos transtornos de personalidade, entre elas um excessivo diagnóstico de comorbidades, arbitrariedade entre o que seria normal ou patológico, a heterogeneidade entre indivíduos com o mesmo diagnóstico e uma base científica pobre. Apesar das significativas evidências de que os transtornos de personalidade são melhores representados por uma perspectiva dimensional (WIDIGER; TRULL, 2007), DSM-5 segue predominantemente categorial, adotando poucas mudanças em relação a sua versão anterior (GØTZSCHE-ASTRUP; MOSKOWITZ, 2016), tal fato se deve a diversas discordâncias, que incluem a opinião de especialistas, a discussão sobre a validação do modelo dimensional e a discussão sobre a utilidade clínica do novo modelo.

A falta de consenso sobre quais mudanças adotar para o desenvolvimento dos critérios diagnósticos dos T.P, levou a decisão da coexistência do modelo categorial (Seção II) e do modelo dimensional (Seção III) na mesma versão do DSM. A abordagem presente na Seção III é dividida em critério A (nível de funcionamento da personalidade) e critério B (traços de personalidade) que é composto por 25 facetas de traços patológicos de personalidade, alguns destes podem ser agrupados em grupos com três facetas para formar um domínio, que são: Afetividade negativa (labilidade emocional, ansiedade e insegurança de separação), desprendimento (retraimento, anedonia e evitação de intimidade), antagonismo (manipulação, desonestidade e grandiosidade) desinibição (irresponsabilidade, impulsividade e distraibilidade) e psicoticismo (crenças e experiências incomuns, excentricidade e desregulação perceptiva). Os traços e os domínios de personalidade são (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) avaliados através do Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5), este consiste em um questionário autoaplicável com 220 itens, com 4 possibilidade de resposta (KRUEGER *et al.*, 2012).

Diversos estudos epidemiológicos já estimaram a prevalência dos transtornos de personalidade na população geral que em média acomete 11,39% das amostras estudadas (LENZENWEGER, 2008), além de frequência elevada na população geral, existe forte associação com os transtornos afetivos podendo atingir 51% dos pacientes com depressão unipolar e 38% dos pacientes com depressão bipolar (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003a). Existem evidências de que o sexo do paciente pode se refletir em diferentes apresentações comportamentais, comorbidades e traços de personalidade (HOLTHAUSEN; HABEL, 2018; PARIS, 2004), além do aumento do risco de suicídio (JYLHÄ *et al.*, 2016) e a piora do prognóstico (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003a).

O trabalho visa analisar a influência dos traços de personalidade descritos na Seção III do DSM-5, para avaliar o curso e desfecho do tratamento farmacológico de pacientes do sexo feminino em episódio depressivo maior, avaliando a relação dos traços de personalidade com a remissão, características psicóticas, ideação suicida, abandono e persistência dos sintomas depressivos.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Estratégia para localizar e selecionar as informações

A estratégia de busca consistiu em uma pesquisa realizada na base de dados do PubMed, LILACS e Scielo com artigos publicados no período compreendido entre 2000 e 2020. A pergunta que guiou as palavras chaves consistiu em “Como a personalidade feminina influencia o tratamento do episódio depressivo?”. Foi utilizado os descritores baseados no MESH (*Medical Subject Headings*) para os termos em inglês e o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para os termos em português e também operadores booleanos para a maior acurácia da busca .

Os resultados dos termos de busca selecionados quando utilizado *Transtornos de personalidade (personality disorder)* com 34.917 resultados no PUBMED, 556 no LILACS e 120 no Scielo. Devido à falta de especificidade no tema foi dada a preferência para referências cruzadas: *história dos transtornos de personalidade (personality disorder and history)* 4.955 no PUBMED, 26 no Lilacs e sem resultados no SCIELO, *transtornos de personalidade e mulher (personality disorder and woman)* com 4.566 no PUBMED, 12 no LILACS e 17 no SCIELO, *transtornos de personalidade e modelo dimensional (personality disorder and dimensional model)* com 784 PUBMED, 4 no LILACS e 6 no SCIELO, *transtorno de personalidade e transtorno depressivo maior (personality disorder and major depressive disorder)* com 8.422 no PUBMED, 27 no LILACS e sem resultados no SCIELO, *transtorno de personalidade e transtorno bipolar (personality disorder and bipolar disorder)* com 2.440 no PUBMED, 40 no LILACS e 13 no SCIELO e no termo *transtorno de personalidade e episódio depressivo (personality disorder and depressive episode)* foram encontrados 1293 resultados no PUBMED, 14 no LILACS e 1 no SCIELO. Os T.P possuem em sua construção, diversas contribuições históricas-filosóficas, as obras a seguir foram utilizadas para guiar o estudo da evolução da compreensão da personalidade ao longo da história da humanidade. As tabelas 1 e 2 resumem a estratégia para localizar e selecionar as informações da dissertação.

Tabela 1 – DESCRITORES UTILIZADOS

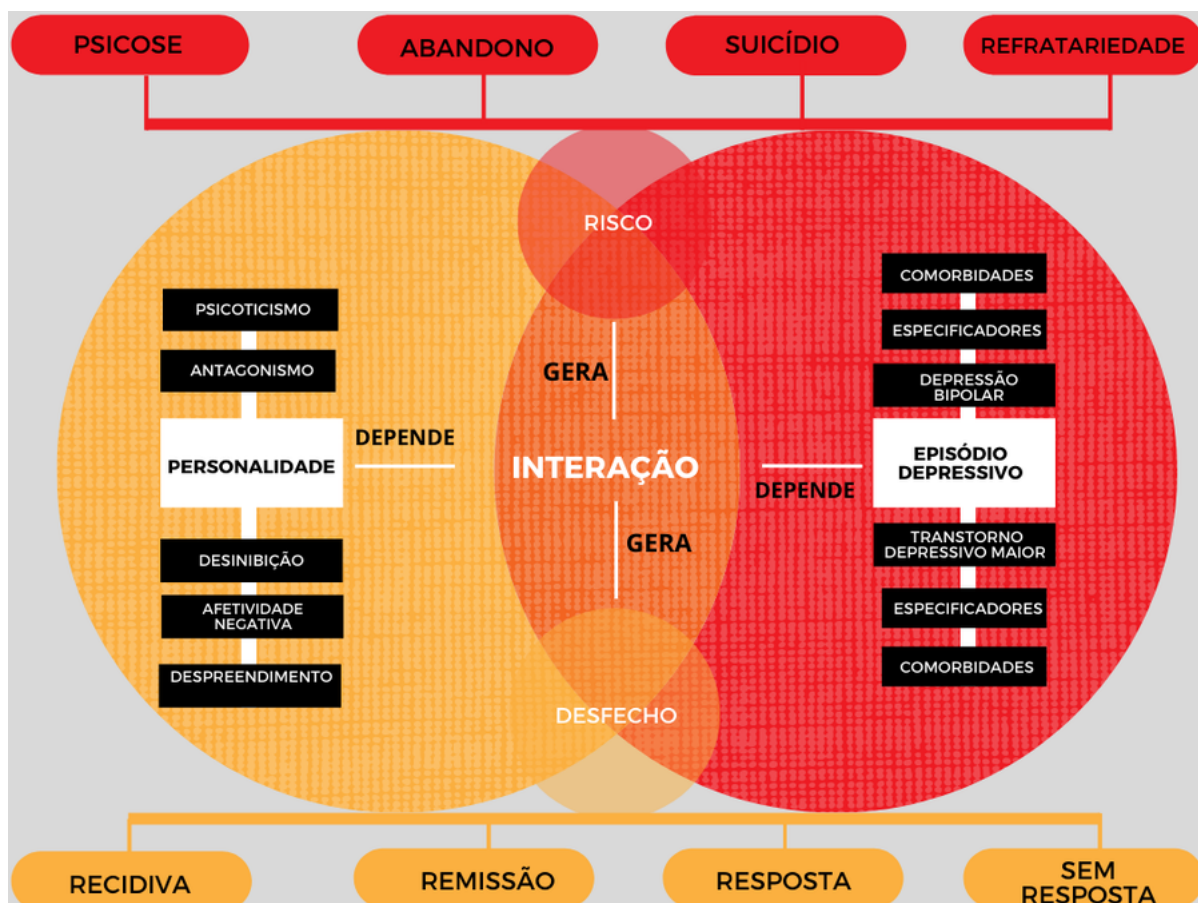
Descritor	PUB MED	LILACS	SCIELO
Transtornos de personalidade ( <i>personality disorder</i> )	45.917	556	120
História dos transtornos de personalidade ( <i>personality disorder and history</i> )	4.955	26	0
Transtornos de personalidade e mulher ( <i>personality disorder and woman</i> )	4.566	12	17
Transtornos de personalidade e modelo dimensional ( <i>personality disorder and dimensional model</i> )	784	4	6
Transtorno de personalidade e transtorno depressivo maior ( <i>personality disorder and major depressive disorder</i> )	8.422	27	0
Transtorno de personalidade e transtorno bipolar ( <i>personality disorder and bipolar disorder</i> )	2440	40	13
Transtorno de personalidade e episódio depressivo ( <i>personality disorder and depressive episode</i> )	1293	14	1

Tabela 2 – LIVROS HISTÓRICOS PESQUISADOS

AUTOR	OBRA	ANO
Pólibo	Da Natureza do Homem	400 a.C
Teofrasto	Os caracteres	320 a.C
Galeno	Sobre o Da Natureza do Homem	192
Rush	Inquéritos e observações médicas sobre as doenças da mente	1789
Pinel	Tratado Médico Filosófico da Alienação Mental	1800
	Tratado sobre a insanidade	1806
Prichard	Tratado da Insanidade e outras Desordens que afetam a mente	1835
Kraepelin	Compêndio de Psiquiatria	1883
Schneider	Personalidades Psicopáticas	1923
A.P.A	DSM-I	1952
A.P.A	DSM-II	1968
A.P.A	DSM-III	1980
A.P.A	DSM-IV	1994
A.P.A	DSM-IV TR	2000
A.P.A	DSM- 5	2015

## 2.2 MAPA CONCEITUAL ESQUEMÁTICO

Figura 1 – FIGURA 01. MAPA CONCEITUAL ESQUEMÁTICO



## 2.3 HISTÓRIA DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

### 2.3.1 A INFLUÊNCIA DO TEXTO HIPOCRÁTICO DA NATUREZA DO HOMEM

A necessidade de classificar as apresentações dos transtornos mentais esteve presente na medicina desde os seus primórdios sofrendo diversas alterações. Ao longo do tempo foram criados diversos termos para especificar os padrões disfuncionais do comportamento.

Os estudos sobre a personalidade tiveram início nos primórdios da história médica, ainda na antiguidade clássica, recebendo a influência de diversos autores, especialmente filósofos, que elaboraram conceitos que variavam à medida que havia influência do contexto histórico e social. Temos evidências históricas de que os principais pensadores da humani-

dade se perguntavam no que consistia a personalidade, elaborando teorias acerca do que determinava o comportamento humano e suas variações.

Hipócrates (460 a.C) foi um dos precursores das classificações dos transtornos mentais, não apenas cunhando os termos “mania” e “histeria” como propagando a ideia de que as doenças mentais seriam resultado de uma alteração de um sistema de quatro fluidos (bílis negra, bílis amarela, fleuma e sangue), tal teoria ficou conhecida como teoria humoral.

O conhecimento da filosofia médica da Grécia Antiga sobre o comportamento humano chegou ao resto do ocidente graças ao Médico Romano Galeno (129-217) através de um texto hipocrático escrito em grego e traduzido para o Latim como “De natura hominis”, comentado e divulgado por Galeno (EJIK; JACQUES; NEIL, 2012).

O corpus Hippocraticum foi elaborado por volta de 400 a.C, consistindo em um agrupamento de textos (incluindo o Da Natureza do Homem), que foram escritos sobre a influência da escola médica de Cós, reunidos por Hipócrates e estudados profundamente por grandes nomes da filosofia grega como Platão e Aristóteles (REBOLLO, 2006).

O tratado Hipocrático “Da natureza do Homem” nos traz diversas explicações sobre as doenças mais recorrentes na sociedade Grega, nesta obra consta a explicação de como o comportamento humano é influenciado pelos humores, no que posteriormente consistiria a teoria humoral. Apesar de muitos terem acreditado que a obra foi escrita por Hipócrates, vigora na história moderna o entendimento de que seu principal autor foi o médico grego Pólipo (400 a.C) , que era um dos discípulos de Hipócrates (EJIK; JACQUES; NEIL, 2012).

A teoria humoral recebeu influência dos filósofos pré socráticos Empédocles de Acragás (495 a.C. - 430 a.C) e Alcmeón de Crotona (510 a.C). A escola pluralista Grega da qual pertencia Empédocles , acreditava que não existiria um único princípio que explicaria tudo, sendo os fenômenos naturais, melhor explicados pela soma de coisas existentes, Empédocles dizia que o universo era composto e regido por quatro elementos, a que tudo derivaria (Terra, Fogo, Água e Ar) (ZALTA, 2020). Outra influência pré-socrática veio de Alcmeón de Crotona, que foi o responsável por teorizar que a sede do pensamento era o cérebro e que o equilíbrio dos sistemas do corpo eram essenciais para a saúde física e

mental (ZALTA, 2017).

O cerne principal da obra “Da Natureza do Homem” e dos demais textos hipocráticos é compreensão que a natureza humana deve ser estudada à luz da arte médica. A observação da pluralidade de comportamentos, emoções e afetos do ser humano levaram os principais expoentes da filosofia médica grega a concluir que o ser humano não é formado de apenas um princípio ou de algo indivisível, havia o entendimento de que os problemas do comportamento seriam resultantes de um desequilíbrio de certas substâncias, as teorias modernas acerca dos neurotransmissores são semelhantes a esse entendimento, pois aponta que um desequilíbrio na composição, produção ou estimulação dos receptores cerebrais e de seus respectivos neurotransmissores são responsáveis pelas nossas alterações de comportamento. Conforme consta no texto Da Natureza do homem:

*“( . . . ) Eu, de minha parte, digo que, se o homem fosse uma unidade, não haveria por que sofrer. Se realmente sofre, é necessário que haja também um único medicamento. Mas há muitos, **pois há muitas substâncias no corpo, as quais, quando, contra a natureza, mutuamente se esfriam e se esquentam, e se secam e se umedecem, geram doenças; de tal modo que muitas são as formas de doenças.** ( . . . )”* Cairus e Jr (2005, Pag.:42, Cap.:3)

Na concepção da teoria humoral, o indivíduo apenas poderia estar saudável, quando houvesse um equilíbrio entre a fleuma, sangue, bile amarela e a bile negra. A falta ou excesso de qualquer uma dessas substâncias levaria a um “desequilíbrio”, logo tanto o bem-estar físico, quanto mental, eram profundamente afetados, justificando o processo de adoecimento. Cada uma das alterações gerava uma doença ou comportamento em particular. Conforme o trecho:

*“O corpo do homem contém **sangue, fleuma, bile amarela e negra** — esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente, quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e, sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais. Pois é necessário que, quando um desses humores se separa e se desloca para adiante de seu lugar, não só este lugar donde se desloca adoença, mas também o lugar no qual ele transborda, ultrapassando a medida, **cause dor e sofrimento.** E quando um desses humores flui para fora do corpo mais do que permite sua superabundância, a evacuação causa sofrimento.”* Cairus e Jr (2005, Pag.:43, Cap.:3)

A obra também expõe a percepção da transmissão da propensão ao equilíbrio ou o desequilíbrio dos humores entre as gerações conforme o trecho:

“Mas são **congênitas estas coisas mencionadas**. Como, então, não seriam congênitas? Primeiro, é evidente que o homem, enquanto vive, tem **sempre todos estes humores nele**. Depois, ele **nasceu** de um ser humano que os tinha a todos, foi alimentado no seio de um ser humano que os tinha a todos.” (CAIRUS; JR, 2005, Pag.: 43, Cap.:3)

Os gregos antigos Também acreditavam que os humores eram profundamente associados as estações do ano que poderiam desequilibrar uma vida saudável em pessoas susceptíveis a essas mudanças.

“No inverno, a fleuma aumenta no corpo do homem. Pois, no inverno, este humor, dentre os que estão no corpo, é o que está mais de acordo com a natureza, pois é o mais frio. Eis a prova disso, de que a fleuma é o mais frio: se quiseres tocar a fleuma, a bile e o sangue, descobrirás que a fleuma é o mais frio. Todavia, ele é o mais viscoso, e, depois da bile negra, é o que é removido com mais violência. E tudo o que sai pela violência, torna-se mais quente, forçado pela violência mesma. Mas, apesar deste fato, o fleuma mostra-se muito frio por causa de sua natureza peculiar. Podes saber que o inverno enche o corpo de fleuma assim: no inverno, os homens escarram e assoam o nariz muito fleumaticamente; nessa estação, as inchações que tiverem tornam-se mais brancas e sobrevivem as outras doenças fleumáticas. Na primavera, porém, o fleuma permanece forte no corpo e o sangue aumenta: o frio se abranda e as chuvas caem; o sangue aumenta por causa dos temporais e dos dias quentes; estas condições do ano são as mais conformes com a natureza deste humor, pois a primavera é úmida e quente. Podes saber disso assim: os homens, na primavera e no verão, são tomados pelas disenterias; o sangue lhes escorre do nariz, e ficam muito quentes e vermelhos. No verão, o sangue ainda é forte e a bile aumenta no corpo e permanece assim até o outono. No outono, porém, o sangue torna-se pouco, pois, o outono é contrário à sua natureza; mas a bile domina o corpo no verão e no outono.” (CAIRUS; JR, 2005, Pag.: 44, Cap.:3)

Com base nos textos hipocráticos o médico Romano Galeno de Pérgamo primorou a teoria dos quatro humores, a aplicando ao comportamento, teorizou que existiriam quatro temperamentos que eram determinados pela teoria dos quatro humores. O predomínio de sangue iria predispor o temperamento sanguíneo, o de fleuma o fleumático, o de bile negra o melancólico e por fim o de bile amarela o colérico (EJIK; JACQUES; NEIL, 2012). Apesar de sua extensa obra, Galeno não formulou com precisão os traços e os comportamentos mais comuns em cada um dos quatro temperamentos e muitos textos médicos-filosóficos gregos romanos foram perdidos, porém, uma carta atribuída ao importante teólogo católico João de Damasco (650-750 d.C) chegou até os tempos modernos, nela existe uma descrição do comportamento humano, nos dando pistas de como era o pensamento médico vigente no estudo das personalidades.

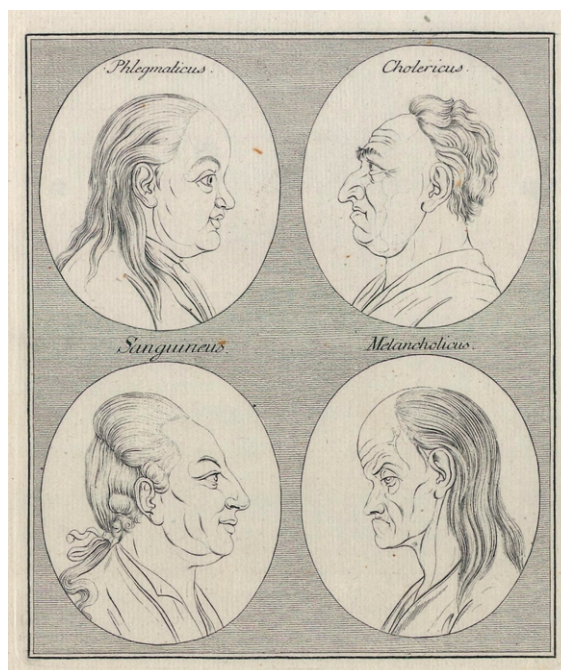
“O homem é composto por quatro elementos: Sangue, fleuma, bile amarela e bile negra”.

- 1) Aqueles que são compostos de sangue puro, são alegres, brincam e riem;
- 2) Aqueles que são compostos de bile amarela são apaixonados, corajosos, de temperamento rápido e tem cabelos que mudam de cor;
- 3) Aqueles que são compostos de bile negra, são indolentes, covardes, doentios, hesitantes e de atitudes fracas.
- 4) Aqueles que são compostos por fleuma, são desanimados e também frios, esquecidos, com pouca memória, dormem bastante e tem pele branca.

(EJIK; JACQUES; NEIL, 2012, Pag.: 287, Cap.: 5)

A influência da teoria Greco-Romana dos quatro temperamentos exerceu uma grande influência por mais de 2 mil anos nas ciências médicas, o filósofo suíço Johann Kaspar Lavater (1741-1801) foi um adepto fisiognomonia, que era crença que determinadas características faciais determinariam a personalidade, tal crença influenciou muitos psiquiatras da época que utilizavam suas ilustrações em busca de sinais e sintomas de transtornos mentais.

**Figura 2 – OS QUATRO HUMORES DE LAVATER**



LAVATER Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe , 1778,p.53



Tabela 3 – RESUMO DA TEORIA DOS HUMORES

Humor	Qualidade	Estação	Temperamento
Sangue	Quente	Primavera	Sanguíneo
Fleuma	Frio	Inverno	Fleumático
Bile Amarela	Seco	Verão	Colérico
Bile Negra	Úmido	Outono	Melancólico

### 2.3.2 A INFLUÊNCIA DO LICEU DE ARISTÓTELES

Outro filósofo Grego de grande importância para o estudo da personalidade foi Teofrasto ( 372 – 287 a.C), seu conhecimento acerca da filosofia e cultura grega era tamanha, que veio a ser escolhido por Aristóteles para ser seu substituto no Liceu em Atenas. Em sua obra, fez uma caracterização de diversos padrões de comportamento de sua época, analisando o comportamento das pessoas a sua volta. Através da obra de Teofrasto podemos ter uma ideia de como os gregos enxergavam a personalidade.(TEOFRASTO, 2014)

*“ Já vezes sem conta, no passado, ao reflectir sobre a questão, me surpreendi, e talvez nunca deixe de me surpreender: como é que, estando a Grécia sob um mesmo céu e recebendo nós, os Gregos, uma educação semelhante, conseguimos ser tão diferentes na maneira de ser. “Realmente, meu caro Póicles, há quanto tempo venho observando a natureza humana, ao longo dos meus 99 anos de vida, e tomando contacto com as personalidades mais variadas. E depois de observá-las e de cotejar minuciosamente as criaturas sérias com as desonestas, cheguei à conclusão de que devia escrever sobre a forma como, na vida, procedem umas e outras. Vou-te expor, por categorias, os diversos tipos de personalidade que as caracterizam e o modo como governam os seus dias. “ Teofrasto (2014, Pag.: 48)*

Com a premissa de ter convivido com os maiores homens de seu tempo, incluindo Alexandre o Grande e Aristóteles, Teofrasto catalogou as personalidades das pessoas que convivia em 30 tipos. Tal estruturação é bastante semelhante a tipologia dos manuais

modernos, na obra “Os Caracteres” , Teofrasto classificou cada um dos 30 tipos de personalidade lhes dando um nome, uma frase descritiva e uma espécie de manual com as ações e reações esperadas para cada personalidade.

As personalidades classificadas por ele foram: dissimulado, bajulador, tagarela, parolo, complacente, imprudente, parlapatão, enredador, descarado, mesquinho, disparatado, inoportuno, intrometido, estúpido, autoconvencido, supersticioso, eterno descontente, desconfiado, desmazelado, inconveniente, pedante, forreta, gabarola, arrogante, covarde, ditador, remoçado, maldizente, padrinho do vigarista e explorador (TEOFRASTO, 2014).

Devido à organização tipológica semelhante ao modelo categorial presente no DSM-III que foi mantida no DSM-IV e DSM-IV TR, foi percebido semelhanças entre algumas personalidades descritas por Teofrasto e as versões do DSM (CROCQ, 2013). A personalidade XVIII é intitulada de “Desconfiado”, esta categoria se assemelha ao T.P paranoide presente no DSM-5 e com a descrição do domínio psicoticismo do modelo dimensional, Teofrasto descreve como:

*“Desconfiança é simplesmente a tendência para suspeitar da honestidade de toda a gente, eis o perfil desconfiado. Se manda um criado às compras, manda um segundo criado atrás dele, para se informar do preço que ele pagou”*

*“Quando ele traz o dinheiro consigo, volta e meia vem a sentar-se para conferi-lo.”  
(...) aos clientes que lhe perguntam: “Quanto é? Põe na conta, que agora estou com pressa”, ele responde: “Não te aflijas. Vou andar atrás de ti até arranjares tempo!”. Teofrasto (2014, Pag.: 90, Cap. : 18)*

Já a personalidade XVII é nomeada como “O eterno Descontente” guarda semelhança com o transtorno depressivo persistente (distímia) e com traços comuns nos transtornos de personalidade modernos, especialmente o domínio afetividade negativa que é descrito como uma tendência exagerada a experimentar emoções negativas no modelo dimensional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) A descrição que Teofrasto fez dessa tipologia é a seguinte:

*“O eterno descontentamento é uma depreciação injustificada dos benefícios que nos cabem em sorte. Um amigo manda-lhe umas iguarias, e ele comenta com quem lhas vem trazer: Nem digno me achou de uma sopa e de um copito de vinho! Esquece-se e abala para o campo. Vê se me convidou para o jantar! Se a amante lhe dá um beijo: “Admirado ficava eu” – diz ele – “se tu gostasses de mim a valer”. Queixa-se de Zeus, não para que chova, mas, porque a chuva veio tarde demais.” Teofrasto (2014, Pag.: 89)*

A personalidade XIV é nomeada como “O estúpido” e guarda semelhança com a concepção moderna do transtorno de deficit de atenção e hiperatividade, descrito como esquecido, desatento e hiperativo, caracterizado de modo geral como “com uma falta de percepção”(VICTOR *et al.*, 2018) . Teofrasto menciona essa personalidade da seguinte forma:

*“ Eis o perfil do estúpido. Acaba de fazer uma conta com pedrinhas<sup>103</sup> e, quando chegou ao resultado, pergunta ao vizinho: “Quanto dá?”. Tem de se defender num processo; na hora de se apresentar, esquece-se e abala para o campo. . Vai ao teatro, adormece e fica lá sozinho. Arruma por suas mãos qualquer coisa que acabou de obter, e depois anda à procura dela sem conseguir encontrá-la. “* Teofrasto (2014, Pag.: 78, Cap.: 12)

O livro os caracteres exerceu muita influência na Europa Ocidental no Século XVII e XVIII. Graças a essa obra, a palavra “caráter” foi popularizada na Europa (CROCCO, 2013), sendo utilizada amplamente na língua portuguesa.

A obra de Teofrasto, comprova que já existia uma definição fenomenológica das características da personalidade muito antes do DSM, evidenciando que os constructos não são criados e sim reciclados e aprimorados com o avanço da metodologia científica e com o passar das gerações de pesquisadores.

### 2.3.3 IDADE CONTEMPORÂNEA

Após o fim da antiguidade clássica os transtornos de personalidade e seus traços deixaram de ser abordados pela filosofia e a ciência médica, provavelmente devido a forte influência religiosa que considerava muitos transtornos mentais como de ordem espiritual. Foi o psiquiatra francês Philippe Pinel(1745-1826), o primeiro autor a inserir os transtornos de personalidade em um livro de psiquiatria, o “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*” ou em português “*Tratado medico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*” (PINEL, 2007).

Foi Pinel quem cunhou o termo “manie sans délire” (mania sem delírio), supondo que tal condição estaria relacionada a uma educação deficiente de padrões morais, propondo técnicas de ajuste de comportamento para o tratamento dos transtornos mentais, esse

conceito de Pinel foi um dos primeiros da criminologia que fez a distinção entre os termos “manie sans délire” e “manieavec delire”(mania com delírio), o indivíduo com a condição de mania sem delírio era descrito por Pinel, como alguém que possui o juízo crítico preservado de suas ações, compreendendo suas consequências, mas que ao mesmo tempo sofria uma perversão de sua vontade, sendo propenso a atos de violência e insanidade ou seja, o transtorno estava na emoção e no comportamento e não no intelecto (JONES, 2017).

Posteriormente seu discípulo Esquirol (1772-1840) desenvolveu o termo *monomanie raisonnante* (monomania afetiva) que era atribuído a indivíduos com ideias excessivas ou fixas em apenas uma área com preservação das demais. Essa noção era utilizada para explicar os atos de indivíduos considerados hediondos e violentos, segundo Esquirol eles eram movidos por algumas crenças ou impulsos defeituosos, ocultos, em que não havia sinal externo de anormalidade (JONES, 2017).

A escola Francesa de psiquiatria era especialmente interessada no estudo dos desvios morais e na criminologia, Pinel e Esquirol defenderam ativamente que os tribunais da França considerassem o conhecimento psiquiátrico, especialmente na obra “Jurisprudence médicale: Résultats d’observations pour servir de base aux rapports juridiques”(tradução livre: Jurisprudência médica. Resultados das observações para servir a base de relatórios jurídicos) escrita em 1817.

Benjamin Rush (1746-1813), descreveu em 1789 problemas comportamentais que denominou como “alienação moral da mente”. Contribuindo para o entendimento de que a moral pode ser acometida sem que o doente fique insano. Em 1835 o médico inglês James Prichard (1786-1848) publicou a obra “Tratado da Insanidade e outras Desordens que afetam a mente” descrevendo que alguns desvios de conduta não coexistiam com confusão mental, deficit intelectual, alucinações e delírios, esse transtorno que era composto por sentimentos perversos, maus hábitos e impulsividade (JONES, 2017), que guardam semelhanças com os traços do domínio de antagonismo do modelo dimensional, ele utilizou o termo “insanidade moral” para descrever esses casos, sendo um dos primeiros registros da classificação do que viria a ser conhecido como transtorno de personalidade antissocial. O conceito de insanidade mental de Prichard se assemelhava aos conceitos de “manie

sans délire” e de “monomanias”. Assim como Pinnel e Esquirol, Prichard descreveu uma série de perturbações do comportamento em que “as faculdades intelectuais” estão intactas enquanto “os princípios morais e ativos da mente” eram “pervertido e depravados”(JONES, 2017).

No século XX o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) publicou a obra “Lectures on clinical psychiatry” em 1908, postulando que a diferenciação entre a personalidade normal e a patológica seria determinada por sua constituição, o que explicaria a persistência da (HOFF, 2015) personalidade patológica ao longo da vida seriam experiências que ele nomeava como “defeituosas”(HOFF, 2015), em sua lição XXIX, em que tratava das “personalidades mórbidas”, Kraepelin descreveu diversas personalidades com influência de Pinnel, Esquirol e Prichard, tendo descrito quatro tipos de personalidade patológicas (HOFF, 2015) :

- 1) **Criminoso Nato:** Indivíduos propensos naturalmente à criminalidade. Formulação semelhante ao conceito de insanidade moral de Prichard. Semelhante ao conceito moderno de transtorno de personalidade anti social.
- 2) **Os irresolutos ou de vontade fraca:** Indivíduos incapazes de se dedicar ao trabalho com afinco ou por muito tempo.
- 3) **Os mentirosos e vigaristas patológicos:** Indivíduos com imaginação hiper-reativa, com memórias falsas, instabilidade emocional e de força de vontade.
- 4) **Pseudoquerulantes: Indivíduos** com desconfiança exagerada, se assemelhando ao que hoje entendemos como transtornos de personalidade paranoide (SCHNEIDER, 1958).

Posteriormente Kraepelin formulou um novo modelo diagnóstico com sete tipos de transtornos da personalidade: “Excitáveis”, “irresoluto”, “triebmenschen” (pessoas que seguem seus próprios institutos), “excêntricos”, “mentirosos e vigaristas patológicos”, “inimigos da sociedade” e “briguentos”. O modelo de T.P de Kraepelin era focada especialmente na adaptação social e no estudo das características de pessoas que frequentemente

transgrediam a lei, tendo percebido os T.P sob os parâmetros sociais. Cunhou o termo personalidades psicopáticas e acreditava que era um estado derivado de uma forma incompleta de psicose com prejuízos afetivos e volitivos, que poderia inclusive contribuir para o desenvolvimento de sintomas psicóticos (HOFF, 2015).

Em 1923, Kurt Schneider (1887-1967) publicou a obra “Personalidades Psicopáticas”, a interpretação que este fez se assemelha muito a visão moderna de que os T.P devem ser entendidos além de questões jurídicas e criminais. Para Schneider a característica principal dos transtornos de personalidade são seus traços, que provocam sofrimento aos indivíduos e/ou a sociedade que o cerca (SCHNEIDER, 1958). Ao perceber que existiriam inúmeros traços e categorias de personalidade decidiu categorizar os dez tipos dos quais acreditava ter maior relevância clínica sendo eles hipertímico, depressivo, inseguro, fanático, buscador de atenção, emocionalmente lábil, explosivo, emocionalmente embotado, o abúlico e astênico (SCHNEIDER, 1958).

Schneider definiu as pessoas com esses traços, como personalidade “psicopáticas”, defendia a ideia de que em grande parte são de constituições inatas, mas podem evoluir de acordo com o ambiente em que estão inseridas. Uma de suas observações mais relevantes para a modernidade foi sua intenção de construir um sistema de classificação dimensional que percebia os traços em sua média como normais, porém, em seus extremos como patológicos (CROCQ, 2013).

#### **2.4 EVOLUÇÃO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NO DSM**

Mesmo na modernidade, os transtornos de personalidade seguem sendo uma entidade de difícil precisão clínica. O próprio termo personalidade traz diversas controvérsias em sua definição, o teórico Gordon Allport (1897-1967) definiu a personalidade como uma organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofísicos, que determinam seu ajuste singular ao ambiente (ALLPORT, 1937).

Os transtornos de personalidade foram abordados em todas as versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM), sendo a classificação influenciada pelo pensamento vigente na época. O primeiro

DSM foi publicado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) em 1952, tendo como cerne a divisão dos transtornos mentais em duas categorias principais no que se referiam à causa, os transtornos de causas orgânicas e os de origem psicogênica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952). As desordens de origem psicogênica foram baseadas nas teorias psicanalíticas (SHORTER, 2015), que tiveram grande influência na primeira versão do manual, especialmente as teorias de Adolf Meyer (1866-1950), que postulava que muitas doenças eram “reações” ou “interpretações” de uma interação biológica, psicológica e ambiental.

Quanto a sua apresentação os transtornos foram classificados em psicoses, neuroses e distúrbios de caráter, tendo sete grandes grupos diagnósticos, incluindo os transtornos de personalidade que foram definidos da seguinte forma:

*“São transtornos caracterizados por defeitos de desenvolvimento ou tendências patológicas na estrutura da personalidade, com mínima ansiedade subjetiva, pouca ou nenhuma sensação de angústia. Na maioria dos casos, os transtornos se manifestam por um padrão de ação ou comportamento que perdura ao longo da vida, ao invés de sintomas mentais ou emocionais. Os distúrbios do padrão de personalidade são considerados perturbações profundas, com pouco espaço para regressão”*(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, Pag.: 34)

Os Transtornos de personalidade foram então separados em três categorias principais: Pouca capacidade de mudanças, emocionalmente perturbados e distúrbios sociopáticos da personalidade. Após essa divisão inicial, os pacientes eram divididos em doze tipos: Inadequado, Paranoide, esquizoide, antissocial, emocionalmente instável, obsessivo compulsivo, passivo-agressivo, ciclotímico, inadequado, dissociado, desviado sexualmente, adicções (subdivido em álcool e drogas) e outros traços de transtorno de personalidade.

O DSM II (1968) foi marcado pela tentativa da APA de expandir sua classificação para o uso mundial, pela retirada do termo “reação” e por adicionar três novas categorias diagnósticas (ASSOCIATION, 1968). Aumentou de sete para dez categorias e manteve uma categoria para os transtornos de personalidade que nomeou como “Transtornos de Personalidade e outras condições de transtorno mentais não psicóticas”. Os desvios sexuais e as adicções deixaram de ser consideradas um transtorno de personalidade, passando a ter uma classificação própria. A definição da segunda versão do DSM para os transtornos

de personalidade consistiu em:

*“Este grupo de transtornos é caracterizado por padrões mal adaptativos de comportamento, profundamente enraizados, que são perceptivelmente diferentes dos sintomas neuróticos e psicóticos. Em geral, são padrões ao longo da vida, muitas vezes identificados na adolescência ou anteriormente”* Association (1968, Pag.: 41)

As dez personalidades definidas no DSM II foram: Paranoide, Ciclotímica, Esquizóide, Explosiva, obsessiva compulsiva, histérica, astênica, anti social, passiva-agressiva e inadequada. A força Tarefa do DSM III foi incumbida de incluir todos os transtornos de personalidade clinicamente justificáveis, mesmo que não houvesse validação científica da personalidade (MILLON; KRUEGER; SIMONSEN, 2010). Em 1980 foi publicado a terceira versão do DSM, os critérios diagnósticos presentes no DSM-III representaram um passo importante na classificação das características clínicas, com índices mais confiáveis e válidos, porém sua classificação era mais conceitual do que cientificamente tangível (MILLON; KRUEGER; SIMONSEN, 2010). A introdução do diagnóstico multiaxial se iniciou no DSM III, possibilitando uma avaliação em diferentes eixos, cada paciente poderia receber um diagnóstico diferente em cada um dos eixos que possibilitou um marco importante no desenvolvimento da área clínica (MOREY; SKODOL, 2013). O diagnóstico multiaxial era composto pelos seguintes elementos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987):

- Eixo I: Transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado.
- Eixo II: Transtornos de personalidade, transtornos invasivos do desenvolvimento e retardo mental.
- Eixo III: Condições médicas agudas ou doenças físicas.
- Eixo IV: Fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para os transtornos.
- Eixo V: Avaliação funcional global

Apesar de ter sido considerado um avanço o diagnóstico multiaxial acabou por incentivar que os médicos psiquiatras avaliassem cada um de seus pacientes em cada



um dos 5 eixos, com isso foi estimado que entre 40% a 50% de todos os pacientes do eixo I também foram diagnosticados com transtorno de personalidade(MOREY; SKODOL, 2013).

O DSM III também é considerado a primeira tentativa da APA de elaborar e introduzir na prática clínica uma lista específica de critérios para cada um dos transtornos de personalidade. A definição de transtorno de personalidade no DSM III foi :

*“Traços de personalidade são padrões duradouros de percepção, relacionamento e pensamento sobre o ambiente e si mesmo, que são exteriorizados em uma ampla gama de aspectos sociais e pessoais. Apenas quando os traços de personalidade são inflexíveis e mal adaptativos, causando significativo prejuízo funcional, que podem ser caracterizados como transtorno de personalidade. As manifestações do transtorno de personalidade são geralmente reconhecido na adolescência, ou antes, continuando ao longo da vida adulta, embora possam ficar menos evidentes na meia-idade ou na velhice.” AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987, Pag.: 305)*

As críticas à abordagem do DSM III para os transtornos de personalidade foram imediatas, especialmente devido a abordagem exclusivamente categorial, que incluíam uma grande tendência a comorbidades, heterogeneidade e a pouca especificidade diagnóstica(WIDIGER; TRULL, 207). Após a publicação doDSM-III começou a prevalecer a noção de que os transtornos de personalidade seriam melhor representados dimensionalmente, porém não houve um consenso de como adotar esse modelo no DSM IV(ZACHAR; KRUEGER; KENDLER, 2015).

O DSM IV seguiu com a compreensão de que os transtornos de personalidade eram distintos dos transtornos psiquiátricos clínicos, especialmente devido ao diagnóstico multiaxial, em que as patologias do EIXO I eram independentes, apesar de poderem ser coexistentes ao EIXO II(BASSETT, 2017). Nessa versão do manual, ainda persistia a visão de que os transtornos de personalidade não eram entidades clínicas verdadeiras de doença mental, apesar de serem vistas com parcialidade sobre sua estrutura nosológica, existia o entendimento de que causavam distorções da identidade, autoavaliação, dificuldades na relação social e impacto na capacidade de manter relacionamentos mutuamente satisfatórios(BASSETT, 2017).

O DSM-IV não incluiu modificações substanciais no que diz respeito aos transtornos de personalidade. Os constructos dos transtornos de personalidade desta edição causaram insatisfação de pesquisadores e clínicos, muitas críticas se basearam no fracasso

em explicar as dimensões comuns subjacentes de diversos sintomas, que parecem sistematicamente com diferenças singulares da personalidade(ZIMMERMAN; ROTHSCCHILD; CHELMINSKI, 2005) .

#### 2.4.1 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NO DSM-5

As diversas críticas ao DSM-IV levaram a força tarefa do DSM - 5 a tentativa de introduzir diversos elementos dimensionais a prática psiquiátrica, sendo que esses elementos visam atenuar os problemas anteriormente citados do modelo categorial. O novo modelo visava trazer o conceito de um “continuum” comum nos transtornos mentais com diversos tipos de variações entre as desordens(MILLON, 2016).No começo do processo de revisão do DSM-5, era amplamente esperado que os transtornos de personalidade recebessem um componente dimensional, porém, pouco antes de seu lançamento foi decidido que o modelo categorial presente no DSM IV será reimpresso, sem mudanças essenciais em seus critérios, a solução encontrada foi a criação de um modelo híbrido(ZACHAR; KRUEGER; KENDLER, 2015).

O DSM-5 no que tange os transtornos de personalidade traz a tentativa de combinar modelos categoriais com dimensionais. A proposta dimensional não foi aceita como um sistema diagnóstico oficial, tendo sido incluída na seção III (instrumentos de avaliação e modelos emergentes)(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) para encorajar estudos futuros, essa decisão foi tomada devido ao suporte limitado das pesquisas e por ser uma mudança muito brusca na prática clínica, porém é provável que os componentes do modelo alternativo para os transtornos de personalidade venham a desempenhar um papel importante nas novas versões do DSM(MILLON, 2016).

O DSM 5 classifica 10 tipos específicos de transtorno de personalidade que constam na seção II do manual, tais transtornos são apenas uma atualização do texto associado aos mesmos critérios encontrados em sua versão anterior. A definição de transtornos de personalidade que consta no DSM-5 é:

*Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início*

*da fase adulta sendo estável ao longo do tempo e levando a um sofrimento significativa e/ou prejuízo funcional.* ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2014, Pag.: 645)

**Tabela 4 – CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE**

---

**Diagnóstico de transtorno de personalidade**

---

A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:

1. Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
2. Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
3. Funcionamento interpessoal.
4. Controle de impulsos.

B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.

C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.

E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.

---

Associação Americana de Psiquiatria, 2014 (Pag.: 645)

Nesta versão do DSM os transtornos de personalidade seguem divididos em grupos (A,B e C), reunidos com base nos principais padrões de comportamento dos indivíduos acometidos da seguinte forma:

**Grupo A:** Inclui três transtornos de personalidade, que se agrupam devido a característica de seus indivíduos se apresentarem com frequência como excêntricos e estranhos. Compõe o Grupo A dos transtornos de personalidade:

**Transtorno de personalidade paranoide:** Padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas.

**Transtorno de personalidade esquizoide:** Padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional.

**Transtorno da personalidade esquizotípica:** Padrão de desconforto agudo das relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.

**Grupo B :**Inclui quatro transtornos de personalidade, com o denominador comum de parecerem dramáticos, emotivos ou erráticos. Compõe o Grupo B:

**Transtorno de personalidade antissocial:** Padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.

**Transtornos de personalidade borderline:** Padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.

**Transtorno de personalidade histriônica:** Padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso.

**Transtorno de personalidade narcisista:** Padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.

**Grupo C:** Inclui três transtornos de personalidade, incluindo indivíduos que com frequência parecem ansiosos ou medrosos. São eles:

**Transtorno de personalidade evitativa:** Padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa.

**Transtorno de personalidade dependente:** Padrão de comportamento submisso e pegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado.

**Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva:** Padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.

O DSM 5 também cria outras duas classificações diagnósticas para os indivíduos que não se enquadram no grupo A,B ou C. Como:

**Mudança de personalidade devido a outra condição médica:** É uma perturbação persistente da personalidade entendida como decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (p.ex., lesão do lobo frontal).

**Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado são categorias utilizadas para duas situações:**

- 1) O padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, estando presentes traços de vários transtornos da personalidade distintos, mas os critérios para qualquer um desses transtornos específicos não são preenchidos;
- 2) O padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, mas considera-se que ele tenha um transtorno da personalidade que não faz parte da classificação do DSM-5 (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva).

O constructo científico dos transtornos de personalidade não deve ser construído como entidades autônomas e isoladas, o ideal é que sejam vistas como um componente em uma ciência clínica madura e interconectada, singular em sua lógica, mas com conexões com componentes científicos inter-relacionados como (MILLON, 2016):

- I) Princípios científicos universais: Princípios baseados nas leis que regem a natureza das mais variadas formas de expressão (por ex. Física e psicologia) quem podem fornecer uma estrutura básica para construir, orientar e delimitar as teorias.
- II) Teorias conceituais: Esquemas explicativos e heurísticos consistentes com o conhecimento já estabelecido com as ciências relacionadas para o desenvolvimento de um esquema de classificação formal.
- III) Classificação de espectros de personalidade: Um sistema de traços que variam do normal ao anormal, para a detecção de traços mal adaptivos, permitindo uma estruturação categórica em domínios que características que podem ser prontamente agrupadas e diferenciadas, permitindo assim o desenvolvimento de ferramentas de avaliação coordenadas.
- IV) Instrumentos de avaliação clínica da personalidade: Ferramentas que são empiricamente embasadas e suficientemente sensíveis para permitir proposições e hipóteses das característica da personalidade do avaliado. Os domínios e traços devem ser especificados para a adequada intervenção terapêutica.

- V) Intervenções terapêuticas integradas: Estratégias e técnicas de terapia, elaboradas de acordo com teorias, para modificar traços clínicos problemáticos.

Na tentativa de propiciar uma evolução dos transtornos de personalidade, um modelo alternativo baseado na dimensionalidade foi apresentado na seção III do DSM-5, após diversas discussões foi feita a opção de manter ambos os modelos para preservar a continuidade com a prática clínica atual. O modelo alternativo decompõe os transtornos de personalidade em traços e os caracteriza conforme esses traços influenciam no comportamento global das personalidades do indivíduo. Todos os indivíduos podem ser localizados no espectro das dimensões dos traços, pois estes se aplicam a todos em diferentes graus, fugindo da dicotomia (presente ou ausente), dessa forma, os transtornos de personalidade passam a ser caracterizadas pelo prejuízo funcional e por traços de personalidade patológicos. Os diagnósticos específicos de transtornos de personalidade que podem ser derivados desse modelo incluem os transtornos de personalidade antissocial, esquivo, limítrofe (borderline), narcisista, obsessivo compulsivo e esquizótipo.

O DSM 5 traz a seguinte definição de traço de personalidade:

*“Traços de personalidade podem ser entendidos como padrões persistentes de percepção, relacionamento e de pensamento, sobre o ambiente e si mesmos que são exibidos em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Os traços de personalidade constituem transtornos de personalidade somente quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo.” ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2014, Pag.: 647)*

**Tabela 5 – CRITÉRIOS GERAIS PARA O DIAGNÓSTICO TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE**

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade (self/interpessoal).
  
- B. Um ou mais traços de personalidade patológicos.
  
- C. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
  
- D. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta.
  
- E. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outro transtorno mental.
  
- F. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são unicamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano grave).
  
- G. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural.

Associação Americana de Psiquiatria (2014) (Pag.: 761)

**2.4.2 NÍVEL DE FUNCIONAMENTO DA PERSONALIDADE (CRITÉRIO A)**

As formas características que os indivíduos pensam e entendem a si próprios tais como as interações com os outros, são essenciais para o funcionamento e adaptação da personalidade. O indivíduo com um bom funcionamento tem uma compreensão do mundo interno complexa, elaborada e integrada o que a leva a um autoconceito positivo. Enquanto indivíduo com transtorno de personalidade possui um mundo interno pobre, desorganizado e uma propensão a emoções negativas o que leva a um autoconceito fraco e mal adaptado o que leva a uma incapacidade de funcionamento interpessoal e

comportamental ao ambiente.

Os transtornos de personalidade, tal como os demais transtornos mentais, possuem um *continuum* de gravidade, os transtornos de personalidade possuem ainda uma especificação adicional derivados dos agrupamentos de sintomas e de seus traços.

Podemos dividir os elementos do funcionamento da personalidade em duas formas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014):

I) **Si mesmo (Self):**

**Identidade:** Vivência de si como algo único, fronteiras delimitadas entre o mundo interno e o mundo externo. Estabilidade da autoestima e precisão da autoavaliação, capacidade de regular as experiências emocionais.

**Autodirecionamento:** Busca de objetivos de curto prazo e de vida coerentes e significativos, utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais com capacidade de auto-reflexão.

II) **Interpessoal:**

**Empatia:** Compreensão e apreciação das experiências e motivações das outras pessoas. Tolerância em relação a perspectivas divergentes, entendimento dos efeitos do próprio comportamento.

**Intimidade:** Profundidade e duração do vínculo com outras pessoas, desejo e capacidade de proximidade, respeito mútuo refletido no comportamento.

**Traços de personalidade (critério B)**

Este critério envolve avaliações de traços de personalidade que estão agrupadas em cinco domínios (Afetividade negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo). Um traço de personalidade pode ser definido como uma tendência de sentir, perceber, comportar-se e pensar de formas relativamente consistentes ao longo do tempo e nas situações em que o traço pode se manifestar. Os traços possuem um espectro de dimensões presentes em todos os indivíduos aplicando-se a em diferentes níveis, estes também se caracterizam por terem a oposição de outros traços em um espectro de oposição de polos.



Alguns termos relativos aos traços são mais específicos que outros, que são mais amplos e abrangem mais comportamentos. As dimensões amplas de traços são denominadas domínios enquanto as específicas são chamadas de facetas.

O sistema de traços de personalidade inclui **cinco domínios** amplos de variação dos traços de personalidade e 25 facetas de traços de personalidade específicas, conforme as tabelas abaixo:

Tabela 6 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: AFETIVIDADE NEGATIVA

<b>DOMÍNIO</b>	
AFETIVIDADE NEGATIVA (vs. Estabilidade Emocional)	Frequentes e intensas experiências de altos níveis de uma ampla variedade de emoções negativas e suas manifestações comportamentais e interpessoais.
<b>FACETAS</b>	
Labilidade emocional	Instabilidade das experiências emocionais e do humor.
Ansiedade	Sentimentos de nervosismo, tensão ou pânico em reação a diversas situações; preocupação frequente sobre os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidades negativas futuras.
Insegurança de separação	Medo de ficar sozinho devido a rejeição ou de separação de outras pessoas.
Submissão	Adaptação do próprio comportamento aos interesses reais ou percebidos e desejos dos outros, mesmo quando fazer isso contraria os próprios interesses, necessidades ou desejos.
Hostilidade	Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos.
Perseverança	Persistência nas tarefas ou em uma forma particular de fazer as coisas muito depois que o comportamento cessou de ser funcional ou efetivo.
Tendência à depressão	Ver Distanciamento
Desconfiança	Ver Distanciamento
Afetividade restrita (ausência de)	A ausência dessa faceta caracteriza baixos níveis de Afetividade Negativa.

Tabela 7 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: DISTANCIAMENTO

<b>DOMÍNIO</b>	
DISTANCIAMENTO (vs. Extroversão)	Evitação da experiência sócio emocional, incluindo retraimento das interações interpessoais e experiência e expressão afetiva restritas, capacidade de obtenção de prazer particularmente limitada.
<b>FACETAS</b>	
Retraimento	Preferência por estar sozinho a estar com outras pessoas; reticência nas situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; ausência de iniciativa no contato social.
Evitação da intimidade	Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais e relacionamentos sexuais íntimos.
Anedonia	Falta de prazer, envolvimento ou energia para as experiências de vida; déficits na capacidade de sentir prazer e ter interesse nas coisas.
Tendência à depressão	Sentimentos de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de se recuperar desses humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha e/ou culpa difusas; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
Afetividade restrita	Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocionais restritas; indiferença e distanciamento em situações normalmente atraentes.
Desconfiança	Expectativas de – e sensibilidade a – sinais de más intenções ou dano interpessoal; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade dos outros; sentimentos de ser maltratado, usado e/ou perseguido pelos outros.

Tabela 8 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: ANTAGONISMO

<b>DOMÍNIO</b>	
ANTAGONISMO (vs. Afabilidade)	Comportamentos que colocam o indivíduo em divergência com outras pessoas, incluindo um sentimento exagerado da própria importância e concomitante expectativa de tratamento especial, bem como antipatia insensível em relação aos outros, incluindo falta de consciência das necessidades e sentimentos das outras pessoas e disposição para usá-las a serviço do auto crescimento.
<b>FACETAS</b>	
Manipulação	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, charme, loquacidade ou comportamento insinuante para atingir seus fins.
Desonestidade	Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de acontecimentos.
Grandiosidade	Acreditar que é superior aos outros e merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de ter direitos; condescendência em relação aos outros.
Busca de atenção	Envolvimento em comportamento concebido para atrair a atenção e tornar-se o foco da atenção e admiração dos outros.
Insensibilidade	Ausência de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros.
Hostilidade	Ver Afetividade Negativa.

**Tabela 9 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: DESINIBIÇÃO**

<b>DOMÍNIO</b>	
DESINIBIÇÃO (vs. Meticulosidade)	Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo motivado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem considerar o aprendizado passado ou as consequências futuras.
<b>FACETAS</b>	
Irresponsabilidade	Negligência com – ou falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações ou compromissos; falta de respeito por – e falta de cumprimento de – combinações e promessas; negligência com a propriedade dos outros.
Impulsividade	Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; agir momentaneamente sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade no estabelecimento e seguimento de planos; senso de urgência e comportamento de autoagressão sob angústia emocional.
Distraibilidade	Dificuldade de concentração e de foco nas tarefas; a atenção é facilmente desviada por estímulos externos; dificuldade na manutenção de comportamento focado nos objetivos, incluindo o planejamento e a conclusão das tarefas.
Exposição a riscos	Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais, desnecessariamente e sem consideração quanto às consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade de perigo pessoal; busca irresponsável dos objetivos, independentemente do nível de risco envolvido.
Perfeccionismo rígido (ausência de)	Insistência rígida em que tudo seja impecável, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o próprio desempenho e o dos outros.

**Tabela 10 – FACETAS DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE: PSICOTICISMO**

<b>DOMÍNIO</b>	
PSICOTICISMO (vs. Lucidez)	Exibe uma ampla variedade de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo processo e conteúdo.
<b>FACETAS</b>	
Crenças e experiências incomuns	Crença de ter habilidades incomuns, tais como leitura da mente, telecinesia, fusão de pensamento-ação, experiências incomuns de realidade, incluindo experiências como alucinação.
Excentricidade	Comportamento, aparência e/ou discurso estranho, incomum ou bizarro; ter pensamentos estranhos e imprevisíveis; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
Desregulação cognitiva e perceptiva	Processos de pensamento e experiências estranhos ou incomuns, incluindo despersonalização, desrealização e experiências dissociativas; experiências em um estado misto de sono-vigília; experiências de controle do pensamento.

Associação Americana de Psiquiatria, 2014 (Pag.: 781)

O modelo multidimensional de traço de personalidade é capaz de focar em múltiplas áreas relevantes de variação da personalidade em cada paciente, ao contrário do modelo categorial que focava a atenção somente em um rótulo diagnóstico que mais se aproximava, o modelo dimensional envolve a análise e avaliação de todos os cinco domínios anteriormente citados. Esse modelo é operacionalizado no Inventário de Personalidade para o DSM- 5 (PID-5) (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Ao longo dos últimos 50 anos, o manejo dos transtornos de personalidade mudaram dramaticamente, e provavelmente para melhor com a redução da necessidade e do tempo de internação (BASSETT, 2017). O tratamento anteriormente baseado na

psicanálise foi em parte substituído pela terapia cognitiva comportamental, terapia comportamental dialética e pela farmacoterapia contribuindo com o aumento do nível de evidência do tratamento. A percepção dos transtornos de personalidade como um transtorno genuinamente psiquiátrico abre caminho para que possamos combater a doença, ao invés de seus sintomas.

## 2.5 PERSONALIDADE E TRANSTORNOS DE HUMOR

O humor pode influenciar vários níveis do comportamento humano através dos pensamentos e dos sentimentos. O humor deprimido possui efeitos indesejados capazes de afetar o indivíduo em sua totalidade. A personalidade é um componente importante do comportamento e os episódios depressivos são entidades clínicas com grande variabilidade em suas apresentações e desfechos, consideramos como uma das razões dessa variabilidade as características das personalidades.

A associação de um transtorno de personalidade com um episódio depressivo é relacionada com o aumento dos níveis de neuroticismo e extroversão que cursam com uma piora do prognóstico (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003b), a comorbidade entre transtornos de humor e transtornos de personalidade também é relacionada com um aumento de 100% do risco de tentativas de suicídio (JYLHÄ *et al.*, 2016). Estudos evidenciaram a interação entre a personalidade e o humor e demonstraram que a distinção entre causa e efeito é difícil de determinar (SEMINO *et al.*, 2017).

Diversos autores criaram hipóteses para descrever a complexa relação entre os componentes da personalidade e os transtornos afetivos. Havendo quatro modelos dessa interação (GOODWIN; JAMISON, 2007):

- I) A personalidade como um predisponente dos transtornos de humor, em que o padrão de personalidade seria um “pré-mórbido” dos transtornos afetivos. Esse modelo pressupõe que os traços de personalidade precedem e predis põe o indivíduo a desenvolver transtornos afetivos.
- II) A personalidade como uma expressão do transtorno afetivo. Os transtornos de

personalidade são vistos como formas atenuadas da doença afetiva subjacente. O temperamento do indivíduo é ligado à predisposição genética ao transtorno depressivo maior ou transtorno afetivo bipolar.

- III) A personalidade como um modificador do transtorno afetivo, moldando sua apresentação clínica.
- IV) A personalidade é alterada pelo transtorno afetivo. O curso da doença traria consequências ao funcionamento da personalidade do indivíduo trazendo mudanças em sua autoestima, interação social e dificuldades em gerenciar sua vida social e profissional.

### 2.5.1 TRANSTORNOS AFETIVOS

No DSM-5 os transtornos depressivos e o transtorno bipolar deixaram de fazer parte do mesmo grupo dos anteriormente chamados transtornos de humor e passaram a fazer parte de categorias diagnósticas distintas.

Diferentemente do DSM-IV a nova edição separou os transtornos em dois capítulos, “Transtornos Bipolares e Transtornos relacionados” (em que se incluem Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo 1, 2 e Sem outra especificação) e “Transtornos Depressivos” (onde se incluiu o Transtorno Depressivo Maior)(ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O transtorno depressivo maior(T.D.M) e o transtorno bipolar (T.B) são problemas de saúde pública, em todo o mundo, devido a sua alta prevalência e importante prejuízo funcional e social que acarretam, estima-se que o custo destes transtornos possa alcançar até 43.7 bilhões de dólares nos E.U.A (JIN, 2015).

Ambos os transtornos possuem uma grande heterogeneidade e múltiplas apresentações clínicas, o que ocasiona um importante desafio tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de cada transtorno, a rica psicopatologia e a grande heterogeneidade das apresentações clínicas dos transtornos depressivos e bipolar constituem um importante desafio



tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento específico (PAPAKOSTAS; IONESCU, 2014; HIRSCHFELD; LEWIS; VORNIK, 2003a).

### 2.5.2 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O DSM-5 categoriza o T.D.M dentro do capítulo “transtornos depressivos”, que pertence a seção II. Esta categoria inclui também: Transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Em comum estes transtornos possuem tristeza, sensação de vazio, irritabilidade, alterações psicossomáticas e cognitivas, com prejuízo funcional importante. A diferenciação entre as 6 classificações diagnósticas consistem em seu curso e etiologia.

Além do diagnóstico, existe também a possibilidade de classificar o episódio conforme 7 especificadores, são eles: Com sintomas ansiosos, com características mistas, com características melancólicas, com características atípicas, com características psicóticas congruentes com humor, com características psicóticas incongruentes com humor e com catatonia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O Transtorno Depressivo Maior é uma condição prevalente, recorrente, multidimensional, com início em geral antes dos 30 anos e que se caracteriza por grande prejuízo funcional que gera alta taxa de absenteísmo, redução da renda familiar e desemprego (KESLER *et al.*, 2003). Estudos americanos mostram que a taxa de depressão ao longo da vida são de aproximadamente 16% ao longo da vida. Outros estudos indicam que já em 2020 o transtorno depressivo maior será a segunda maior causa de incapacidade entre todas as doenças (COMPTON *et al.*, 2006). Além do grande prejuízo funcional o TDM se encontra presente em 70% dos casos de suicídio em todo o mundo (SARTOURIUS, 2001). O TDM se caracteriza por um período de, no mínimo, 2 semanas de humor deprimido ou perda de interesse e do prazer, associado a outros sintomas que ocorrem na maior parte do dia, quase todos os dias, a saber: anormalidades das funções neurovegetativas (alteração do apetite ou peso, alteração do sono), da atividade psicomotora (perda de energia, agitação ou

lentificação) e da cognição (sentimentos de desvalia, desesperança ou culpa inapropriada), assim como ansiedade e ideação suicida (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

**Tabela 11 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

- 
- A.** Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
- 
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas.
  2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
  3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
  4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
  5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias
  6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
  7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, ou inapropriada quase todos os dias.
  8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias.
  9. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C.** O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- D.** A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E.** Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.
-

### 2.5.3 TRANSTORNO BIPOLAR

Assim como o TDM, o TB é classificado na seção II, porém ao contrário de seus antecessores, o DSM-5 separa o TB dos transtornos depressivos, o incluindo no capítulo “Transtorno Bipolar e transtornos relacionados”. Este engloba o Transtorno Bipolar tipo I, Transtorno Bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado. O transtorno Bipolar também possui 10 especificadores, são eles: Com sintomas ansiosos, com características mistas, com ciclagem rápida, com características melancólicas, com características atípicas, com características psicóticas congruentes com o humor, com características psicóticas incongruentes com o humor, com catatonia, com início no periparto e com padrão sazonal.

O Transtorno Afetivo Bipolar é um transtorno psiquiátrico complexo, de causa multifatorial, potencialmente grave, com episódios recorrentes e associado à elevada morbidade clínica (KILBOURNE *et al.*, 2004). As taxas relatadas variam entre 0,5 e 5%, essa grande variação se deve aos critérios diagnósticos que acabam sendo adotados de maneiras mais amplas ou restritivas, tal como as variações das populações estudadas (BALANZÁ-MARTÍNEZ; TABARÉS-SEISDEDOS, 2015).

Estudos sobre a prevalência na população geral de TB tipo I e tipo II, encontraram a prevalência ao longo da vida para TB tipo I de 1,06% e para tipo II de 1,57%, e a prevalência no último ano de 0,71% e 0,50% para os tipos I e II, respectivamente (BALANZÁ-MARTÍNEZ; TABARÉS-SEISDEDOS, 2015), sendo a gravidade dos sintomas variável e associada a baixo desempenho das atividades diárias e a significativo sofrimento pessoal (KILBOURNE *et al.*, 2004). O TB está associado, ainda, a um alto índice de suicídio, desemprego e comorbidades de grande impacto social como o abuso de substâncias (GRANT *et al.*, 2005; MÜLLER-OERLINGHAUSEN; BERGHÖFER; BAUER, 2002).

Os critérios diagnósticos para o transtorno bipolar tipo I representam o entendimento atual do transtorno maníaco-depressivo, ou psicose afetiva, descrita no século XIX. Esse transtorno se caracteriza pela existência de um episódio de mania. O transtorno bipolar tipo

II, requer um ou mais episódios depressivos e ao menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Estudos demonstraram que a quantidade de episódios ao longo da vida, tal como o atraso no diagnóstico, refletiu em uma piora clínica, aumento da refratariedade e dano cognitivo, o que provavelmente decorre de dano celular (ANDREAZZA *et al.*, 2007).

**Tabela 12 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISÓDIO MANÍACO**

---

**Crítérios Diagnóstico de Episódio Maníaco**

---

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida, a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
  2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono)
  3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando
  4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados
  5. Distraibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado
  6. Aumento da atividade dirigida a objetivos seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
  7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)
- C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional, ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica
-

**Tabela 13 – CARACTERÍSTICAS DO EPISÓDIO HIPOMANÍACO**

Características Episódio Hipomaníaco	
A	Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias
B	Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:
1	Autoestima inflada ou grandiosidade.
2	Redução da necessidade de sono.
3	Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando
4	Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5	Distratibilidade , conforme relatado ou observado.
6	Aumento da atividade dirigida a objetivos ) ou agitação psicomotora.
7	Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas.
C	O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.
D	A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas
E	O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco
F	O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância

#### 2.5.4 **DISTINÇÃO ENTRE DEPRESSÃO UNIPOLAR E BIPOLAR**

Conforme descrito anteriormente, o TB e o TDM são considerados transtornos diferentes devido aos critérios de mania/hipomania, porém, os critérios de episódio depressivo, que são o foco do estudo são idênticos. Até o DSM-III os transtornos eram classificados igualmente como transtornos de humor e subdivididos em mania recorrente, depressão recorrente, mania e depressão recorrente e transtorno de humor com características mistas (ASSOCIATION, 1968). Foi a partir do DSM-III que se iniciou a distinção entre TB e TDM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987)

A diferenciação entre os transtornos pode ser difícil, e mais difícil ainda é estabelecer a diferenciação quando não há um histórico claro de mania/hipomania. Existem poucos estudos controlados comparando as características clínicas da depressão unipolar e da depressão bipolar (MITCHELL *et al.*, 2001). Embora o transtorno bipolar seja caracterizado por episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos, a apresentação sintomática mais comum e debilitante é o episódio depressivo, apesar dos avanços diagnósticos, cerca de 60% dos pacientes com depressão bipolar são diagnosticados incorretamente como depressão unipolar, sendo que apenas 20% dos pacientes com TB são corretamente diagnosticados no primeiro ano de tratamento (HIRSCHFELD; LEWIS; VORNIK, 2003b).

Cerca de 50% dos pacientes com TB, manifestam inicialmente sintomas depressivos (MITCHELL *et al.*, 2008), tal dado demonstra o desafio clínico que é tal distinção, pois nestes pacientes não haverá história prévia de mania ou hipomania. Também não existem evidências consistentes que permitam distinções patognomônicas entre a depressão unipolar e bipolar.



### 3 JUSTIFICATIVA

Os T.P são condições clínicas comuns e desafiadoras na prática clínica, sua prevalência varia entre 6% e 13% da população geral, sendo uma comorbidade frequente que pode afetar até 50% dos pacientes psiquiátricos (ZIMMERMAN; ROTHSCCHILD; CHELMINSKI, 2005), tais transtornos possuem um curso crônico e um tratamento incerto, estudos apontam que apenas ter o diagnóstico de transtorno de personalidade, eleva a chance de mortalidade em comparação a população em geral sendo esse risco superior ao tabagismo pesado (GRIGOLETTI *et al.*, 2009). As mulheres possuem um predomínio de diagnóstico de transtorno de personalidade com instabilidade emocional e dependente, além de um risco maior de suicídio (HØYE; JACOBSEN; HANSEN, 2013).

Devido ao alto impacto funcional dos transtornos de personalidade e sua alta frequência junto a outros transtornos mentais, diversos estudiosos e observadores do comportamento humano se questionaram se existiria uma “personalidade” específica ou mais frequente em cada um dos transtornos mentais ou se existiriam traços associados a certos transtornos.

Atualmente os constructos dos transtornos mentais seguem apresentando diversos problemas e limitações, especialmente pela dificuldade de detectar e isolar os substratos biológicos de cada um dos transtornos, nos restando a análise fenomenológica dos transtornos mentais e de suas apresentações. A detecção de traços mais prevalentes em certas condições pode nos levar a aprimorar nossas ferramentas diagnósticas, a nos auxiliar na adoção de medidas precoces ou até mesmo nos apontar o prognóstico de uma certa condição ou quadro clínico. Como debatido anteriormente, o modelo categorial não leva em conta a ampla gama de traços que uma certa personalidade possui. Os novos instrumentos clínicos presentes na Secção III do DSM-5 podem aprimorar não só a forma como entendemos os transtornos de personalidade, como a forma que compreendemos os episódios depressivos.

A intensidade das emoções e as mudanças de pensamentos e comportamentos típicas do episódio depressivo maior nos leva a nos perguntarmos quais seriam manifestações dos traços de personalidade e quais seriam as manifestações do episódio depressivo. Esse

questionamento é de fundamental importância para construção da psiquiatria como uma ciência moderna, pois nos levar a compreender melhor a grande variabilidade e vulnerabilidade de cada um dos pacientes com transtornos mentais, a organização do sujeito como paciente, depende de uma mistura entre seus traços de personalidade e a constelação de sintomas do seu adoecimento. A metodologia do trabalho visa simular condições e desafios comuns na prática clínica, para que possamos avaliar quais os efeitos da personalidade no tratamento.

Temos poucos estudos que levam em conta essa constituição, logo não sabemos o quais traços alteram o desfecho do tratamento clínico e nem sua relação com o tratamento farmacológico que é rotineiramente utilizada para o tratamento dos episódios depressivos. Entender a relação entre as facetas de traço e seus domínios com o prognóstico do tratamento do episódio depressivo pode nos levar a traçar novas estratégias para o tratamento farmacológico e aprimorar nossa percepção psicopatológica do episódio depressivo maior.

## 4 OBJETIVOS

### **OBJETIVO GERAL:**

Analisar a relação entre as características da personalidade e os episódios depressivos, e como essa interação altera o curso e o prognóstico do tratamento de um episódio depressivo maior.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Quantificar a forma que as características da personalidade afetam a expressão dos sintomas do episódio depressivo.

2. Investigar domínios e traços preditores de cada um dos desfechos (ausência de remissão, risco de suicídio, abandono e sintomas psicóticos).

## Referências

- ALLPORT, G. W. **Personality**: a psychological interpretation. New York: Holt, 1937.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 2. ed. Washington: [s.n.], 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders**: DSM-III-R. Washington: APA, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In: **American Psychiatric Association (APA)**. [S.l.: s.n.], 2013. ., n. ., p. . – .
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, scielo, v. 22, p. 106 – 115, 09 2000. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S1516-44462000000300003>.
- ANDREAZZA, A. C. *et al.* DNA damage in bipolar disorder. **Psychiatry Research**, v. 153, n. 1, p. 27 – 32, Out 2007.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM)**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSOCIATION, A. P. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3. ed. Washington, D.C: [s.n.], 1968.
- BALANZÁ-MARTÍNEZ, V.; TABARÉS-SEISDEDOS, R. The prevalence of bipolar disorders in the general population: a growing trending topic? **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 37 –, Junho 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462015000200091&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200091&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 Nov. 2020.
- BARCHI-FERREIRA, A. M. *et al.* Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): cross-cultural adaptation and content validity in the Brazilian context. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 41, n. 3, p. 297 – 300, May 2019.
- BASSETT, D. Personality disorders: A Retrospective. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 51, n. 7, p. 658 – 659, 2017.
- BRIEGER, P.; EHRT, U.; MARNEROS, A. Frequency of Comorbid Personality Disorders in Bipolar and Unipolar Affective Disorders. **Comprehensive Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 28 – 34, 2003a.
- BRIEGER, P.; EHRT, U.; MARNEROS, A. Personality and the Long-Term Outcome of First-Episode Depression: A Prospective 5-Year Follow-Up Study. **J Clin Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 28 – 34, 2003b.
- CAIRUS, H. F.; JR, W. A. R. **Textos hipocráticos**: o doente, o médico e a doença. [S.l.: s.n.], 2005. 251 p. ISSN 9788575413753, 8575413759.
- CALATI, R. *et al.* Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. **J Affect Disord**, v. 15, n. 245, p. 653 – 667, Feb 2019.

- COMPTON, W. M. *et al.* Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. **Am J Psychiatry**, v. 163, n. 12, p. 2141 – 2147, Dec 2006.
- CROCQ, M. A. Milestones in the history of personality disorders. **Dialogues ClinNeurosci**, v. 15, n. 2, p. 147 – 153, 2013.
- EJIK, P. V. D.; JACQUES, J.; NEIL, A. (ed.). **The Legacy of the Hippocratic treatise The Nature of Man Theory of the four humors**: In Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers. 1. ed. BOSTON: Brill, 2012. 403 p. ISBN 9789004232549 9004232540.
- FREIRE, M. A. *et al.* Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281 – 289, Dec 2014.
- GAYNES, B. N. *et al.* The STAR\*D study: Treating depression in the real world. **CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE**, v. 71, n. 1, p. 57 – 66, Jan 2008.
- GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. **Manic-Depressive Illness**: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2. ed. [S.l.]: Oxford University Press, 2007. 1269 p. ISBN 9780195135794 0195135792.
- GØTZSCHE-ASTRUP, O.; MOSKOWITZ, A. Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 2, p. 119 – 127, 2016.
- GRANT, B. F. *et al.* Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders. **Clin Psychiatry**, v. 66, n. 10, p. 1205 – 1215, Out 2005.
- GRIGOLETTI, L. *et al.* Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care. **Psychological medicine**, v. 39, n. 11, p. 1875 – 1884, Abril 2009.
- HIRSCHFELD, R. M. A.; LEWIS, L.; VORNIK, L. A. Perceptions and Impact of Bipolar Disorder: How Far Have We Really Come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of Individuals With Bipolar Disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 2, p. 161 – 174, Mar 2003a.
- HIRSCHFELD, R. M. A.; LEWIS, L.; VORNIK, L. A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 64, n. 2, p. 161 – 74, Feb 2003b.
- HOFF, P. The Kraepelinian tradition. **Dialogues ClinNeurosci**, v. 17, n. 1, p. 31 – 41, Mar 2015.
- HOLTHAUSEN, B. S.; HABEL, U. Sex Differences in Personality Disorders. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 12, p. – 107, Oct 2018.
- HOPWOOD, C. J. *et al.* Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, v. 35, n. 2, p. 10.1007/s10862-012-9332-3 –, 6 2013. ISSN 0882-2689. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833658/>.

- HØYE, A.; JACOBSEN, B. K.; HANSEN, V. Sex differences in mortality of admitted patients with personality disorders in North Norway - a prospective register study. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 1 – 6, Nov 2013.
- JIN, H. Cost-of-Illness Studies for Bipolar Disorder: Systematic Review of International Studies. **PharmacoEconomics**, v. 33, n. 4, p. 341 – 353, Jan 2015.
- JONES, D. W. Moral insanity and psychological disorder: the hybrid roots of psychiatry. **History of Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 263 – 279, 2017.
- JYLHÄ, P. *et al.* Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders.,. **Journal of affective disorders**, v. 190, p. 632 – 639, Jan 2016.
- KESSLER, R. C. *et al.* The epidemiology of major depressive disorder: The epidemiology of major depressive disorder. **JAMA**, **289(23)**, **3095**. doi:10.1001/jama.289.23.3095, v. 289, n. 23, p. 3095 – 3105, Jun 2003.
- KILBOURNE, A. M. *et al.* Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. **Bipolar disorders**, v. 6, n. 5, p. 368 – 373, 2004.
- KOCHHANN, R. *et al.* The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. **Dement Neuropsychol**, v. 4, n. 1, p. 35 – 41, Mar 2010.
- KRUEGER, R. F. *et al.* Initial Construction of a Maladaptive Personality Trait Model and Inventory for DSM-5. **Psychol Med**, v. 42, n. 9, p. 1879 – 1890, Sep 2012.
- LEE, M.; SONG, R. Childhood abuse, personality traits, and depressive symptoms in adulthood. **Child abuse & neglect**, v. 65, p. 194 – 203, Mar 2017.
- LENZENWEGER, M. F. Epidemiology of Personality Disorders. **Psychiatr Clin N Am** **31 (2008) 395–403**, v. 31, n. 3, p. 395 – 403, 2008.
- MB, F. *et al.* **Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)**. . Porto Alegre: Artmed, 2017.
- MILLON, T. What Is a Personality Disorder? **Journal of Personality Disorders**, v. 30, n. 6, p. 289 – 306, MAY 2016.
- MILLON, T.; KRUEGER, R. F.; SIMONSEN, E. (ed.). **Contemporary Directions in Psychopathology**: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11. New York: The Guilford Press, 2010.
- MITCHELL, P. B. *et al.* Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. **Bipolar Disorders**, n. 10, p. 144 – 152, Set 2008.
- MITCHELL, P. B. *et al.* The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. **The Journal of Clinical Psychiatry** **62(3):212-6; quiz 217**, v. 62, n. 3, p. 212 – 216, April 2001.
- MOREY, L. C.; SKODOL, A. E. Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 Diagnostic Models for Personality Disorder: Evaluation of Strategies for Establishing Diagnostic Thresholds. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 19, n. 3, p. 179 – 193, May 2013.

- MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B.; BERGHÖFER, A.; BAUER, M. Bipolar disorder. **Lancet**, v. 359, n. 9302, p. 241 – 247, Jan 2002.
- NIKOLIC, S. *et al.* Individual and Gender Differences in Personality Influence the Diagnosis of Major Depressive Disorder. **Psychiatr Danub**, v. 32, n. 1, p. 97 – 104, 2020 2020.
- PAPAKOSTAS, G. I.; IONESCU, D. F. Updates and trends in the treatment of major depressive disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 75, n. 2, p. 1419 – 1421, 2014.
- PARIS, J. Gender differences in personality traits and disorders. **Curr Psychiatry Rep**, v. 6, n. 1, p. 71 – 74, Feb 2004.
- PARKER, G.; BROTHIE, H. Gender differences in depression. **International Review of Psychiatry**, v. 22, n. 5, p. 429 – 436, October 2010.
- PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 272 p. ISBN 978-85-7025-948-6.
- REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno: de Cós a Galeno. **Sci. stud**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45 – 81, Mar 2006.
- SANTOS, I. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, **29(8):1533-1543**, ago, 2013, v. 29, n. 8, p. 1533 – 1543, aGO 2013.
- SARTOURIUS, N. The economic and social burden of depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 15, p. 8 – 15, Fev 2001.
- SCHNEIDER, K. **Psychopathic Personalities**. [S.l.]: Cassell, 1958.
- SEMINO, L. N. *et al.* Depressive Symptoms and Their Interactions With Emotions and Personality Traits Over Time:. **Prim Care Companion CNS Disord**, v. 19, n. 2, Apr 2017.
- SHORTER, E. The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 17, n. 1, p. 59 – 67, mAR 2015.
- SOARES, O. T. *et al.* Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, n. 4, p. 416 – 423, Dec 2010.
- TEOFRASTO. **Os caracteres**. [S.l.]: Tradução de Maria de Fátima Sousa e Silva Annablume, 2014. ISSN 2183-220X. Acesso em: 15-Nov-2020.
- VICTOR, M. M. *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder in ancient Greece: The Obtuse Man of Theophrastus. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 6, n. 52, p. 509 – 513, Jun 2018.
- WATSON, D. *et al.* Integrating normal and pathological personality: relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. **Assessment**, v. 20, n. 3, p. 312 – 326, Jun 2013.
- WIDIGER, T. A.; TRULL, T. J. Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder - Shifting to a Dimensional Model. **American Psychological Association**, v. 62, n. 2, p. 71 – 83, Mar 207.

ZACHAR, P.; KRUEGER, R. F.; KENDLER, K. S. Personality disorder in DSM-5: an oral history. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 1, p. 1 – 10, Oct 2015.

ZALTA, E. N. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**: Alcmaeon. Palo Alto: Metaphysics Research Lab, 2017. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/alcmaeon/>. Acesso em: 14 de Nov 2020.

ZALTA, E. N. (ed.). **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**: Empedocles. Fall. Palo Alto: Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2020. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/empedocles>. Acesso em: 14 de Nov 2020.

ZHANG, M. *et al.* Personality traits as possible mediators in the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese adolescents. **J Psychiatr Res**, v. 103, p. 150 – 155, Aug 2018.

ZIMMERMAN, M.; ROTHSCHILD, L.; CHELMINSKI, I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 10, p. 1911 – 1918, 2005.



## ARTIGO

**Effect of the interaction between personality and depressive symptoms on the pharmacological treatment of women in major depressive episode.**

RAFAEL RODRIGUES OLIVEIRA (Orcid ID: 0000-0001-7906-5293)

**Article type:** Original ArticleRafael R. Oliveira<sup>1,2,3,4\*</sup>, Edison Capp<sup>1,4,5</sup>, Flávio M. Shansis<sup>2,4,6</sup>.

<sup>1</sup>Postgraduate Program in Gynecology and Obstetrics, School of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

<sup>2</sup>Mood Disorders Research and Education Program (PROPESTH), Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), Porto Alegre, RS, Brazil.

<sup>3</sup>Brasília Air Force Hospital (HFAB), psychiatry division, Brasília, DF, Brazil.

<sup>4</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil.

<sup>5</sup>Department of Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine, Ruprecht-Karls- University Heidelberg, Heidelberg, Germany.

<sup>6</sup> School of Medicine, Vale do Taquari University (UNIVATES), Lajeado, RS, Brazil.

\*Corresponding author: [Rafael R Oliveira, Hospital de Força Aérea de Brasília Área Militar do Aeroporto Internacional de Brasília - Lago Sul, Brasília - DF, 71607-900, Brazil.]

Phone: +55-61-2468-5357

E-mail: oliveirarro@fab.mil.br

## ABSTRACT

**Background:** An interaction between personality traits and depressive symptoms is complex and poorly studied. **Methods:** We analyzed how this interaction affects the course and prognosis of treatment of 54 women in a major depressive episode for 6 months ( $M = 5.03$ ), correlating PID-5 with HAM-D17 and intercurrents (suicidal ideation, psychotic symptoms, abandonment of treatment and absence of remission). **Results:** A linear regression revealed that psychoticism and detachment are predictors of a higher pontuation in HAM-D17 after protocol treatment ( $[R^2 = 0.241; P < 0.05]$ ,  $[R^2 = 0.133 P < 0.05]$ ). Logistic regression models, were predictive using psychoticism domain for suicidal ideation  $[R^2 = 0.106, p < 0.05]$  and development of psychotic symptoms  $[R^2 = 0.147; p < 0.05; ]$ . Domain detachment for suicidal ideation  $[R^2 = 0.181; p < 0.05; ]$  and development of psychosis  $[R^2 = 0.115; p < 0.05]$ . Negative Affectivity for psychotic symptoms  $[R^2 = 0.133]$ . Antagonism domain were predictive for abandonment of the protocol  $[R^2 = 0.129; p < 0.05]$ . Of 25 traits, 11 were related to intercurrents. **Conclusion:** The personality can mediate the presentation of depressive symptoms. Psychoticism was a predictor of psychotic symptoms development, indicating that personality can promote psychosis. Detachment was the greatest predictor of the occurrence of suicidal ideation followed by Psychoticism. Negative Affecty was related with psychosis and Antagonism is a predictor of abandonment. Understanding the interaction of personality and depressive symptoms may have an important role to improve clinical practice by early identifying patients with a worse prognosis.

## INTRODUCTION

Personality and depressive symptoms have a complex and indeterminated interaction, how this affects the pharmacological treatment of depressive episodes has not yet been clarified. Epidemiological studies estimate the prevalence of personality disorders in 11.39% of the general population (LENZENWEGER, 2008), in patients with psychiatric disorders, comorbidity with personality disorders can affect 50% of these patients (ZIMMERMAN; ROTHSCCHILD; CHELMINSKI, 2005), the relationship between personality disorders and depressive episodes is complex and multifactorial, the comorbidity with unipolar and bipolar depression is 51% and 38% (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003a). The association of a personality disorder with a depressive episode is related to the increased levels of neuroticism and extroversion, that promote a worsening prognosis (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003a), the comorbidity between mood disorders and personality disorders it is also related to a 100% increase in the risk of suicide attempts (JYLHÄ *et al.*, 2016). There is evidence of substantial differences in the presentation and course of a mental disorder according to the patient's gender, women are more prone to neuroticism, the diagnosis of borderline personality disorder (NIKOLIC *et al.*, 2020; PARIS, 2004) and a better response to selective

serotonin reuptake inhibitors (PARKER; BROTHIE, 2010).

Personality is an important component of behavior and depressive episodes are clinical entities with great variability in their presentations and outcomes, we considered personality characteristics as one of the reasons for this variability. Was correlated the scores of the PID-5 (KRUEGER *et al.*, 2012) facet traits and domains with the HAM-D17 (FREIRE *et al.*, 2014) to assess the patient's prognosis during a standardized pharmacological treatment and the occurrence of suicidal ideation, psychotic symptoms, abandonment and absence of remission. We aim to analyze how the interaction between personality traits and depressive symptoms affects the course and outcome of a pharmacological treatment to improve clinical practice, identifying traits and domains of risk of a worse prognosis.

## METHOD

A total of 54 female volunteers, aged between 21-70 years, who were not undergoing pharmacological or psychotherapeutic treatment and who were not using any psychoactive substance for a minimum period of 30 days, were admitted to the Teaching Program and Research on Mood Disorders at Hospital Psiquiátrico São Pedro, in the city of Porto Alegre, Brazil. Patients with any organic brain syndrome, pregnant, lactating or patients with hospital admission criteria were not included in the study. The majority of patients were referred by the primary health care system, the study is approved by the hospital's ethics and research committee under protocol No. 55123216.6.0000.5332 / 2.216.613. After a complete explanation of the study's purpose, written informed consent was obtained from each participant. The data presented in the article were from a study created to estimate the effectiveness of algorithms for treating unipolar and bipolar depressive episodes performed in the Brazilian public health system.

## PROCEDURES

Initially, patients was submitted the Mini-Mental State Examination (KOCHHANN *et al.*, 2010). Those who scored 24 points or more, completed two more screening instruments for mood disorders: The Patient Health Questionnaire (PHQ9) (SANTOS *et al.*, 2013) for screening depressive symptoms and Hypomania Checklist 32 (HCL-32) for hypomanic symptoms (SOARES *et al.*, 2010). Volunteers who scored above the cut on HCL-32 were excluded from the study, those who scored above the cut on PHQ9 were selected for the diagnostic classification stage, using the Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders: SCID-5 -CV clinical version (MB *et al.*, 2017) and an interview with a psychiatrist to confirm the depressive episode diagnosis. No distinction was made between bipolar and unipolar depressive episodes in final analysis because our goal is the interaction of a depressive episode with the personality, the criteria for a depressive episode are the same in DSM-

5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) and our initial analysis showed no significant differences in domains.

After confirmation and classification of the depressive episode in unipolar or bipolar depression, the patients were submitted to the Personality Inventory for DSM-5 adapted and validated for Brazilian Portuguese (BARCHI-FERREIRA *et al.*, 2019) and posteriorly the Hamilton Scale the scale chosen to mediate the response to pharmacological treatment.

All patients diagnosed with unipolar depression received Sertraline 50 mg/day, which could be increased by 50 mg monthly according to the patient's tolerance and necessity, increase to the limit of 200 mg. Those with bipolar depression were treated in their majority (83.3%) with Lithium Carbonate with doses ranging from 900 to 1200 mg/day, aiming a serum level between 0.8 to 1.2 mEq / L, who did not tolerate Lithium Carbonate (16.7%) at the dose that the protocol sought received Lamotrigine 25mg with a gradual increase up to the dose of 200mg / day. After 12 weeks, patients who did not get a response from the group with unipolar depression received Lithium with doses between 900 to 1200 mg up to a serum level between 0.8 to 1.2 mEq / L and those who did not get a response from the group bipolar received Lamotrigine 25 mg as an association with a gradual increase up to a dose of 200 mg / day. Those who were already using Lamotrigine received Sertraline 50 mg with a gradual monthly increase up to 200 mg/day. Patients in both groups with psychotic characteristics received Risperidone 2 mg, which could be increased monthly according to the persistence of psychotic symptoms up to 6 mg. All medications were provided by the Brazilian healthcare system.

## DATA ANALYSIS

An exploratory data analysis was performed using summary measures (minimum, maximum, average, standard deviation, median, frequency and percentage), to compare the differences in traits and domains between groups in each intercurrent, the Mann Withney test was used. To investigate the relationship between the mean scores of the personality domains and the prognosis in pharmacological treatment, a linear regression analysis was performed with the dependent variable being the score in each domains and the independent variable was the score in the HAM-D17. We evaluated the relationship between categorical variables with domains and traits, a binary logistic regression was used with the dependent variables each intercurrents (risk of suicide, abandonment, absence of remission and psychotic characteristics) and the dependent variables, the domains in PID-5.

The level of statistical significance adopted was  $p < 0.05$ .

## RESULTS

A total of 54 female participants, their mean age were 43.1 ( $\pm$  13.09) years. Of these

participants, 30 (55.6%) had criteria for unipolar depression and 24 (44.4%) for bipolar depression. During the study 19 (35,2%) presented suicidal ideation and 11 (20,4%) developed psychosis, patients who abandoned the study were 15 (27,8%). Analyzing the effectiveness of the protocol, we obtained remission in 48,1%, response in 7,4% and refractoriness in 44,4%. The average on HAM-D17 before the treatment was 18.33 and 8.46 after the treatment.

The patients obtained the following average scores in the five domains of the PID-5: Negative Affectivity 1.69 ( $\pm$  0.71), Detachment 1.5 ( $\pm$  0.58), Disinhibition 1.20 ( $\pm$  0.47), Psychoticism 0.81 ( $\pm$  0.57) and Antagonism 0.54 ( $\pm$  0.40). All patients were evaluated at the first consultation, and consequently for 6 months as they continued in pharmacological treatment, of the 54 patients, 39 (72.2%) remained for 6 months in the protocol. HAM-D17 measurements show the effectiveness of the Brazilian Experimental Algorithms for the Treatment of Mood Disorders in The Public Health System II (BREATH II), the average HAMD-17 score has been reduced from 18.10 ( $\pm$  5.9) before the treatment to 8.46 ( $\pm$  7.3) after six months of treatment ( $t$  (38) = 6.775,  $p > 0.001$ ). No statistically significant differences were found between the domains in the patients' personalities with bipolar and unipolar depression, the traits seeking attention ( $U = 174, 500$ ;  $p < 0.05$ ), Impulsiveness ( $U = 215, 000$ ;  $p < 0.05$ ), Risk Taking ( $U = 210, 000$ ;  $p < 0.05$ ) and Suspiciousness ( $U = 221,000$ ;  $p < 0.05$ ) obtained a higher score in the sample with bipolar depression.

Table 1 presents the Spearman correlation between the PID-5 domains and the scores on the HAM-D17 scale, before and after pharmacological treatment. The psychoticism domain was related to the intensity of depressive symptoms before ( $p = 0.288$ ;  $p < 0.05$ ) and after ( $p = 0.463$ ;  $p < 0.05$ ) pharmacological treatment. The disinhibition domain was correlated with symptoms before ( $p = 0.321$ ;  $p < 0.05$ ) pharmacological treatment, while the detachment domain, was only related to symptoms after ( $p = 0.377$ ;  $p < 0.05$ ) pharmacological treatment.

Table 2 presents the regressions models that related behavior between the personality characteristics and the course of treatment. The linear regression was found that the Psychoticism [ $F$  (1.37) = 13.06,  $P < 0.05$ ;  $R^2 = 0.241$ ] and Detachment [ $F$  (1.37) = 6.843,  $P < 0.05$ ;  $R^2 = 0.133$ ] were predictors of a higher score on the HAM-D17 scale after 6 months of treatment. Table 3 presents the binary logistic regression models, they demonstrated that psychoticism was also a predictor of the occurrence of suicidal ideation [ $X^2$  (1) = 4, 335;  $p < 0.05$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0.106], (OR = 2.892; 95% CI = 1.007 - 8.302) and development of psychosis ([ $X^2$  (1) = 6.237;  $p < 0.05$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0.147], (OR = 7.470; 95% CI = 1.152 - 11.801). The Detachment domain was a significant predictor of suicidal ideation [ $X^2$  (1) = 7.625;  $p < 0.05$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0.181], (OR = 4.616; 95% CI = 1.381 - 15.424) and development of psychosis [ $X^2$  (1) = 3.889;  $p < 0.05$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0.115], (OR = 3.600; 95% CI = 0.957 - 13.535). The Negative Affectivity domain was a predictor of the development of psychosis [ $X^2$  (1) = 4.766;  $p < 0.05$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0.133], (OR = 2.869; CI = 1,000 - 8,231). The Antagonism domain was predictive from abandonment to treatment

[X<sup>2</sup> (1) = 5.061; p < 0.05; R<sup>2</sup> Nagelkerke = 0.129] , (OR = 5.562; CI = 1.129 - 27.387).

In the attempt to increase the predictive capacity of the binary logistic regression models, we combine the traits and compare with the four intercurrents to find models capable to explain the traits that led to complications. We founded two models able to explain the relation between the traits and the intercurrents, table 3 shows the intercurrents models. The first model predictive the absence remission [X<sup>2</sup> (1) = 18.243 ; p < 0,001 ; R<sup>2</sup> Nagelkerke = 0.382] with traits Intimacy (OR = 0.211; CI = 0.071 - 0.630) and Deceitfulness (OR = 0.88; CI = 0.013 - 0.619), the second model is able to predictive the abandonment [X<sup>2</sup> (1) = 16.786; p < 0,001 ; R<sup>2</sup> Nagelkerke = 0.446] utilizing Deceitfulness (OR = 26.146 ; CI = 2.873 - 237.912) and Submissiveness (OR = 0.210; CI = 0.058 - 0.766).

Table 3 presents the trait facets and domains of the groups, the Withdrawal trait was associated with suicidal ideation (U = 199,500; p < 0.05), psychotic symptoms (U = 141,500; p < 0.05) and abandonment (U = 188,000; p < 0.05), Deceitfulness with the absence of remission (U = 242,500; p < 0.05) and with abandonment (U = 155,500; p < 0.05), Unusual Beliefs and experiences with absence of remission (U = 217,500; p < 0.05) and psychotic symptoms (U = 144,000; p < 0.05), Intimacy Avoidance with absence of remission (U = 201,000; p < 0.05) and suicidal ideation (U = 223,500; p < 0.05), Restricted Affectivity with the absence of remission (U = 240,500; p < 0.05), Irresponsibility with suicidal ideation (U = 221,000; p < 0.05), Depressivity with psychotic symptoms (U = 140,500; p < 0.05), Perseveration with psychotic symptoms (U = 143,000; p < 0.05), Eccentricity with psychotic symptoms (U = 124,000; p < 0.05), Callousness (U = 187,500 ; p < 0.05), Risk Taking (U = 149,000; p < 0.05) and Submissiveness (174,000; p < 0.05) when treatment was abandoned.

## DISCUSSION

Our pharmacological algorithm was able to reduce on average 46.15% of the HAM-D17 score and remit symptoms in 48.1% of patients, STAR D accumulated a remission rate of 67% (GAYNES *et al.*, 2008). There are possibly several reasons why remission to treatments does not reach a high rate, personality traits may be one of them. The dimensional model for personality disorders proposes that personality traits are not limited to present or absent, but that they vary within functionality and dysfunctionality, making it possible to assess personality traits in patients who do not necessarily suffer from a personality disorder (NIKOLIC *et al.*, 2020; WATSON *et al.*, 2013).

Considering the scores on the PID5 and HAM-D17, we identified domains and personality traits that interacting with depressive symptoms can predispose clinical complications like suicidal ideation, psychotic symptoms, absence of remission and abandonment of treatment. Higher scores on the HAM-D17 scale were related to scores on the psychoticism and detachment domains (Table 1). The higher correlation after treatment corroborates the hypothesis that personality traits can mediate the presentation of depressive symptoms (LEE;

SONG, 2017; ZHANG *et al.*, 2018). Linear regression as well showed that these domains have a predictive capacity for HAM-D17 scores, especially after pharmacological treatment, corroborating the findings that emotions and personality traits gain psychopathological importance with the reduction of depressive symptoms (SEMINO *et al.*, 2017). The traits Deceitfulness, Avoidance of Intimacy, Restricted Affectivity, Eccentricity and Unusual Beliefs & Experiences were correlated with absence of remission. The logistic regression model using traits, was more efficient than models using only domains to predicting which patients were absence remission and abandonment the study, specially because the deceitfulness, however the traits Intimacy Avoidance and Submissiveness were as well related. Deceitfulness belongs to the Antagonism, this domain involves callous or antisocial traits (HOPWOOD *et al.*, 2013) and was a predictor of the treatment abandonment. We hypothesize that finding due the difficulty establish the physician-patient relationship in patients with this personality traits.

Data from observational studies suggest that both social isolation and the feeling of loneliness must be incorporated into the risk of suicide (CALATI *et al.*, 2019), the PID-5 may be able to detect these symptoms Detachment, this domain is characterized by interpersonal withdrawal and mistrust, these symptoms can induce isolation and loneliness (HOPWOOD *et al.*, 2013).

We found differences in the traits Intimacy Avoidance, Irresponsibility and Withdrawal between the group with and without suicidal ideation. The Psychoticism domain is described as a variety of strange, eccentric or unusual behaviors and cognitions (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) this domain were related to the development of psychotic symptoms, this finding is in agreement with the Krapelin's hypothesis that personality traits can trigger psychosis (HOFF, 2015), the Negative Affectivity domain was considered less predictive of psychotic symptoms. Comparing the group with and without psychotic symptoms we found differences in traits, Unusual Beliefs and Experiences, Perseverance, Withdrawal, Tendency to Depression and Eccentricity. Our study has some limitations, the sample is small for the number of outcomes analyzed, this condition makes it difficult to compare the characteristics of the personalities of each outcome group, the sample comes from a public hospital, that is a reference for complex cases and all protocol was developed based on the medications available in the Brazilian public health system.

## CONCLUSION

The results suggest that the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders has clinical uses that go beyond the diagnosis of personality disorders, having an important role in identifying patients with a tendency to refractoriness of depressive symptoms, suicidal ideation, psychotic symptoms and abandoning pharmacological treatment. The interaction between personality and depressive symptoms can play a key role in improving daily clinical

practice, contributing to the development of strategies to enhance pharmacological treatment for patients at higher risk of an unfavorable outcome.

#### ACKNOWLEDGEMENTS

Edison Capp is a scholarship recipient from CNPq-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brazil.

Flávio M. Shansis is a scholarship recipient from FAPERGS - Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul and Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social (Fuvates), Brazil

#### REFERENCES

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Barchi-Ferreira, A. M., Loureiro, S. R., Torres, A. R., da Silva, T. D. A., Luiz Moreno, A., Sousa, D. A. D., . . . Osório, F. L. (2019, May). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): cross-cultural adaptation and content validity in the Brazilian context. *Trends Psychiatry Psychother*, 41(3), 297 – 300.

Brieger, P., Ehrt, U., & Marneros, A. (2003). Frequency of Comorbid Personality Disorders in Bipolar and Unipolar Affective Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 28 – 34.

Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019, Feb). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*, 15(245), 653 – 667.

Freire, M. A., de Figueiredo, V. L. M., Gomide, A., Jansen, K., da Silva, R. A., da Silva Magalhães, P. V., & Kapczinsk, F. P. (2014, Dec). Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 281 – 289.

Hoff, P. (2015, Mar). The Kraepelinian tradition. *Dialogues ClinNeurosci*, 17(1), 31 – 41.

Hopwood, C. J., Schade, N., Krueger, R. F., Wright, A. G., & Markon, K. E. (2013, 6).



Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35(2),

Jylhä, P., Rosenström, T., Mantere, O., Suominen, K., & Melartin, T. (2016, Jan). Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders.,. *Journal of affective disorders*, 190, 632 – 639.

Kochhann, R., Varela, J. S., de Macedo Lisboa, C. S., & Chaves, M. L. F. (2010, Mar). The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol*, 4(1), 35 – 41.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012, Sep). Initial Construction of a Maladaptive Personality Trait Model and Inventory for DSM-5. *Psychol Med*, 42(9), 1879 – 1890.

Lee, M., & Song, R. (2017, Mar). Childhood abuse, personality traits, and depressive symptoms in adulthood. *Child abuse & neglect*, 65, 194 – 203.

Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatr Clin N Am* 31 (2008) 395–403, 31(3), 395 – 403.

MB, F., JBW, W., RS, K., & RL, S. (2017). Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). . Porto Alegre: Artmed.

Nikolic, S., Mladenovic, I. P., Vukovic, O., Barišić, J., Švrakić, D., & Milovanović, S. (2020, 2020). Individual and Gender Differences in Personality Influence the Diagnosis of Major Depressive Disorder. *Psychiatr Danub*, 32(1), 97 – 104.

Paris, J. (2004, Feb). Gender differences in personality traits and disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 6(1), 71 – 74.

PARKER, G., & BROTHIE, H. (2010, October). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429 – 436.

Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., de Almeida, L. S. P., da Silva, N. T. B., Tams, B. D., Matijasevich, A. (2013, aGO). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013, 29(8), 1533 – 1543.

Semino, L. N., Marksteiner, J., Brauchle, G., & Danay, E. (2017, Apr). Depressive Symptoms and Their Interactions With Emotions and Personality Traits Over Time. *Prim Care Companion CNS Disord*, 19(2).

Soares, O. T., Hupfeld Moreno, D., de Moura, E. C., Angst, J., & Alberto Moreno, R (2010, Dec). Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 32(4), 416 – 423.

Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E., & Clark, L. A. (2013, Jun). Integrating normal and pathological personality: relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment*, 20(3), 312 – 326.

Zhang, M., Han, J., Shi, J., Ding, H., Wang, K., Kang, C., & Gong, J. (2018, Aug). Personality traits as possible mediators in the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese adolescents. *J Psychiatr Res*, 103,

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911 – 1918.

**Tabela 1 – SPEARMAN CORRELATION DOMAINS BEFORE AND AFTER THE TREATMENT**

Variável		HAM-D17 INICIAL	HAM-D17 FINAL
Initial´s HAM-D17	Coef. Cor	1,000	0,206
	Sig		0,208
Final´s HAM-D17	Coef. Cor	0,206	1,000
	Sig	0,208	
Negative Affect	Coef. Cor	0 ,046	0,192
	Sig	0,742	0,241
Detachment	Coef. Cor	0,147	<b>0,377</b>
	Sig	0,287	0,018
Antagonism	Coef. Cor	0,221	0,45
	Sig	0,109	0,785
Disinhibition	Coef. Cor	<b>0,321</b>	0,275
	Sig	0,018	0,90
Psychoticism	Coef. Cor	<b>0,288</b>	<b>0,463</b>
	Sig	0,34	0,003

**Tabela 2 – LINEAR REGRESSION: DOMAINS SCORES AND HAM-D17**

PID - 5 domains	F	$\rho$	R <sup>2</sup>
Psychoticism	13.06	<0.05	0.241
Detachment	6.843	<0.05	0.133

**Tabela 3 – BINARY LOGISTIC REGRESSION**

PID - 5 domains	X <sup>2</sup>	$\rho$	R <sup>2</sup>	Odds Ratio	95% CI
Psychoticism and suicidal ideation	4, 335	<0.05	0.106	2.892	1.007 - 8.302
Psychoticism and development of psychosis	6.237	<0.05	0.147	7.470	1.152 - 11.801
Detachment and suicidal ideation	7.625	<0.05	0.181	4.616;	1.381 - 15.424
Detachment and development of psychosis	3.889	<0.05	0.115	3.600	0.957 - 13.535
Negative Affectivity and development of psychosis	4.766	<0.05	0.133	2.869	1,000 - 8,231
Antagonism and abandonment to treatment	5.061	<0.05	0.129	5.562	1.129 - 27.387

**Tabela 4 – INTERCURRENTS**

intercurrents	X <sup>2</sup>	p	R <sup>2</sup>	Traits	Odds ratio	CI
Absence Remission	18.243	<0,001	0.382	Intimacy avoidance	0.211	0.071 - 0.630
				Deceitfulness	0.88	0.013 - 0.619
Abandonment	16.786	<0,001	0.446	Submissiveness	0.210	0.058 - 0.766
				Deceitfulness	26.146	2.873 - 237.912

Tabela 5 – RISK PERSONALITY: TRAIT FACETS AND DOMAINS

Personality Trait Facet or domain	ABSENCE OF REMISSION		SUICIDE IDEATION		PSYCHOTIC SYMPTOMS		ABANDON	
	U	p	U	p	U	p	U	p
Antagonism	-	-	-	-	-	-	185,5	<0,05
Detachment	-	-	180	<0,01	-	-	-	-
Psychoticism	-	-	211,5	<0,05	130,5	<0,05	-	-
Deceitfulness	242,5	<0,05	-	-	-	-	155,5	<0,01
Intimacy Avoidance	201	<0,01	223,5	<0,05	-	-	-	-
Restricted Affectivity	240,5	<0,05	-	-	-	-	-	-
Unusual Beliefs & Experiences	217,5	<0,01	-	-	144	<0,05	-	-
Eccentricity	124	<0,05	195	<0,05	-	-	-	-
Withdrawal	-	-	199,5	<0,05	141,5	<0,05	188	<0,05
Irresponsibility	-	-	221	<0,05	-	-	-	-
Perseveration	-	-	-	-	143	<0,05	-	-
Depressivity	-	-	-	-	149,5	<0,05	-	-

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os episódios depressivos seguem sendo desafios para a prática clínica. Sua grande heterogeneidade e variedade de desfecho tornam os pacientes que apresentam este importante constructo, imprevisíveis. É imperativo a adoção de novas práticas clínicas que sejam capazes de selecionar características capazes de aumentar as nossas habilidades preditivas de curso e desfecho. Os domínios e os traços de personalidade do modelo dimensional, foram capazes de prever e se relacionar com diversos desfechos e intercorrências.

## **PERSPECTIVAS**

O Modelo Alternativo do DSM-5 para os TP possui utilidades clínicas que vão além do diagnóstico dos transtornos de personalidade, tendo um papel importante na identificação de pacientes com tendência a refratariedade, ideação suicida, sintomas psicóticos e ao abandono do tratamento farmacológico. O aprimoramento de instrumentos que avaliam a personalidade pode nos levar a novas abordagens terapêuticas, detectando precocemente fatores de risco de eventos negativos e de pior prognóstico. A interação entre a personalidade e os sintomas depressivos podem ter um papel chave no aprimoramento da prática clínica diária contribuindo para o desenvolvimento de estratégias para potencializar o tratamento farmacológico.

## ANEXO A – METODOLOGIA

A dissertação de mestrado é vinculada ao Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos de Humor (Propesth) e seus dados provêm da segunda versão do Brazilian Experimental Algorithms for the Treatment of Moode Disorders in The Public Health System (BREATH II). Este é um ensaio clínico aberto, prospectivo e randomizado que utiliza a base de dados do PROPESTH que é realizado no estado do Rio Grande do Sul nas cidades de Porto Alegre e Lajeado. A maioria dos dados foi obtido no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre, uma instituição pública com 146 anos de funcionamento. As equipes que coletam os dados são formadas por médicos psiquiatras, médicos residentes em psiquiatria, estudantes de medicina, psicólogos e estudantes de psicologia. Cada equipe possui um coordenador, que no que lhe concerne é supervisionado por um coordenador geral de campo.

As mulheres participantes do estudo são selecionadas através do Programa de Recrutamento do PROPESTH (PRP). O recrutamento é feito através dos meios de imprensa local, assim como redes sociais, rede de saúde pública e encaminhamentos oriundos de profissionais ao nível privado. Essa diversificação do recrutamento visa aproximar a amostra da prática do dia a dia. Uma vez recrutados, as mulheres serão contatadas através de ligação telefônica pela equipe e será agendada a triagem conforme a demanda. A amostra é constituída por mulheres voluntárias que foram selecionadas durante o PRP, assinaram o termo de consentimento livre e assistido, em que foram detectados sintomas depressivos e preencheram critérios para episódio depressivo maior unipolar ou bipolar, segundo entrevista clínica e instrumentos científicos consagrados no meio psiquiátrico. Todos os instrumentos foram validados em português brasileiro. Os critérios do presente estudo são altamente inclusivos, uma vez que se busca uma maior validade externa dos achados. Foram selecionados voluntários do sexo feminino entre 18 e 70 anos de idade para a aplicação inicial dos instrumentos de seleção. A estas foi entregue o termo de consentimento informado, um questionário sócio demográfico e a participante é convidada para uma palestra sobre o funcionamento do programa.

Após a assinatura do termo iniciamos a primeira etapa do protocolo que é o rastreo de sintomas depressivos, detecção de sintomas hipomaníacos/maníacos e verificação da capacidade cognitiva dos pacientes, esta etapa consiste na aplicação de três instrumentos, o primeiro é mini-mental state examination, cujo a versão brasileira é denominada de Mini Exame do Estado Mental (MMSE). Este instrumento é amplamente utilizado para avaliar prejuízo cognitivo tanto em nível de pesquisa, como clinicamente. Às duas primeiras sessões do teste avaliam a orientação, memória e atenção.

A segunda sessão testa a habilidade de nomear objetos, seguir comandos verbais e escritos copiar um polígono com este teste podemos avaliar a função cognitiva e rastrear quadros demências, tendo em vista que nosso protocolo abrange pacientes com mais de

60 anos, sendo no nosso ponto de vista, essencial para a aplicação dos demais testes, pois garante um ponto de corte que relacione a cognição esperada de acordo com a escolaridade, conforme uma validação com população semelhante culturalmente e geograficamente (KOCHHANN *et al.*, 2010).

Consideramos como ponto de corte 21 pontos nos pacientes analfabetos, 22 pontos nos de baixa escolaridade, 23 pontos nos com média escolaridade e por fim 24 pontos nos de alta escolaridade, o intuito da relação com a escolaridade foi aperfeiçoar a avaliação clínica dos déficits cognitivos (KOCHHANN *et al.*, 2010). Com a obtenção dos parâmetros desejados no MEEM, foi aplicado o PHQ-9, cujo a versão em português brasileiro foi validada pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (SANTOS *et al.*, 2013), este instrumento possui 9 perguntas, respondidas em sim (sintoma presente) ou não (sintoma ausente), podendo ser auto aplicável ou aplicado por profissional treinado, o PHQ-9 abrange sintomas depressivos e é considerado como indicio de episódio depressivo a pontuação de mais de 4 itens, o segundo instrumento aplicado foi o HCL-32-BV consiste em um questionário, preenchido pelo próprio paciente (auto-aplicação) onde os sintomas de hipomaníacos rastreados através da marcação de respostas em sim (sintoma presente) e não (sintoma ausente) (SOARES *et al.*, 2010), caso houvesse 18 ou mais respostas afirmativas o paciente seria sinalizado como possivelmente com hipomania e isso era comunicado para a equipe de diagnóstico clínico.

Caso o participante fosse considerado como um potencial paciente em episódio depressivo este era submetido ao HCL-32-BV no intuito de detectar sintomas de hipomania que caracterizassem um episódio depressivo com características mistas, caso não fossem detectados sintomas depressivos o paciente é excluído do estudo. Caso permanecessem após a fase de rastreio os pacientes eram então submetidos ao PID-V do DSM-5 (ANEXO ??), que é um instrumento que avalia 25 traços de personalidade que se englobam em cinco domínios, possui 220 itens, que variam em quatro intensidades (1-Nada, 2-Pouco, 3-Moderadamente e 4-Muito) (KRUEGER *et al.*, 2012; BARCHI-FERREIRA *et al.*, 2019).

Concluindo a primeira etapa, os pacientes são encaminhados para a segunda etapa do programa de triagem, a segunda etapa consiste na aplicação do MINI e de um entrevista clínica com médicos psiquiatras, o MINI é um aglomerado de perguntas dicotômicas que visa detectar diversos transtornos psiquiátricos, utiliza critérios baseadas no DSM-4 e no CID 10 (AMORIM, 2000), o papel do MINI em nossa pesquisa é apenas de suporte pois sua estrutura em entrevista, é amplamente utilizada em estudos observacionais e clínicos em todo o mundo, a validação brasileira possui bons índices de confiabilidade e validade, além de auxiliar no diagnóstico, o MINI também permite através de uma seção específica a avaliação do risco de suicídio (alto, médio e baixo risco).

Consideramos como padrão ouro o diagnóstico clínico, selecionamos uma equipe treinada de médicos psiquiatras com no mínimo 5 anos de experiência clínica e ao menos uma pós graduação (além do programa de residência médica), a nossa equipe de psiqui-



atras era orientada a utilizar os critérios do DSM-5, após estudar minuciosamente todos os testes já empregados. Os pacientes eram essencialmente divididos em três grupos: Depressão unipolar (T.D.M), Depressão Bipolar (T.B) e sem episódio depressivo (eliminados do protocolo). Se houvesse dificuldade nessa determinação, o psiquiatra responsável pela primeira entrevista era orientado a solicitar uma entrevista confirmatória de outro médico psiquiatra e ambos discutiriam o caso para chegar a um consenso. A equipe também foi instruída a classificar as pacientes conforme os especificadores presentes no DSM-5, nossa equipe visou detalhar com o máximo de precisão possível as características de cada grupo.

Com a primeira fase do protocolo concluída (triagem), passamos para a fase de seguimentos em que os grupos (unipolar e bipolar) eram submetidos HAM-D17. O autor principal da escala, Max Hamilton, não determinou a gradação da depressão em leve, moderado ou grave, se limitando a apontar que é necessário uma pontuação maior do que 7 para a detecção de um episódio depressivo (FREIRE *et al.*, 2014). É consagrado na literatura o uso de scores entre 7 e 17 pontos (depressão leve), entre 18 e 24 pontos (depressão moderada) e acima de 25 pontos (depressão grave) (FREIRE *et al.*, 2014), sendo estes os critérios adotados por nós neste estudo. Os pacientes foram submetidos a esta avaliação no dia de sua avaliação clínica e posteriormente quinzenalmente durante 6 meses, utilizamos além da primeira HAMD-17, uma outra a cada mês, totalizando 7 pontuações que servem de parâmetro para mudança de passos em nosso ensaio clínico randomizado.

Convém informar, que todos os pacientes excluídos do protocolo foram encaminhamentos para suas respectivas unidades de atenção primária, com um documento de encaminhamento para as unidades básicas de saúde da secretária municipal de saúde de Porto Alegre.

---

#### **Critérios de Inclusão**

- 1) Mulheres com idade entre 18 e 70 anos.
-

**Critérios de Inclusão**

- 2) Ter sido diagnosticada pela equipe com depressão unipolar ou depressão bipolar

**Critério de Exclusão**

- 1) Gestantes ou lactantes
  - 2) Mulheres que apresentem contraindicações as opções farmacológicas do estudo
  - 3) Mulheres que apresentem quaisquer critérios para internação psiquiátrica
  - 4) Mulheres com histórico de traumatismo crânio encefálico grave com repercussões neuropsiquiátricas;
  - 5) Mulheres que não consigam compreender, ou que por qualquer razão, não tenham condições de responder aos instrumentos autoaplicáveis (ex. analfabetismo, perda de acuidade visual, incapacidade de compreender o que é pedido)
-

---

**Critérios de Inclusão**

6) Ausência em duas consultas agendadas consecutivas ou em 3 alternadas.

7) Não obtenção de pontuação mínima no MEEM

8) Não obtenção de pontuação mínima no PHQ9

---

**Tabela 6 – INSTRUMENTOS DO ESTUDO**

Domínio	Medida	Tempo	Método	Administrador
Consentimento	Consentimento	15 min	Entrevista	Acadêmico
Seleção	PHQ-9	10 min	Autoaplicável	Participante
Seleção	HCL-32	10 min	Autoaplicável	Participante
Seleção	MINI	30 min	Entrevista	Médico Residente
Seleção	Entrevista clínica	45 min	Entrevista	Preceptor

---

Domínio	Medida	Tempo	Método	Administrador
Sintomas	PID-V	10 min	Autoaplicável	Participante
Sintomas	HAM D 17	10 min	Entrevista	Médico Residente

### **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O protocolo de pesquisa respeita as normas estabelecidas na Norma 466/2012, sendo submetido a avaliação das Comissões de Ética e Pesquisa vinculadas a Plataforma Brasil no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Todos os pacientes receberam informações referentes à execução do projeto e aqueles que concordaram em participar, após os devidos esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo de pesquisa é aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Instituição sob número: Hospital Psiquiátrico São Pedro / Nº 55123216.6.0000.5332/2.216.613

Foi ressaltado, aos participantes, o caráter voluntário e sigiloso do estudo, assim como a necessidade de seguir o tratamento instituído segundo os protocolos da pesquisa. Os pesquisadores se comprometeram a retirar do estudo todo o paciente que apresente algum risco para si ou para outros, para os quais foi buscado o melhor encaminhamento possível, dentro da rede pública. Cabe ressaltar que todas as medicações utilizadas no presente estudo já foram aprovadas por órgãos reguladores em vários países (FDA, ANVISA e EMEA) a partir de estudos com grandes amostras. O tempo de retirada das medicações respeitou o tempo de meia vida dos fármacos, idealmente variando entre 2 e 4 semanas, em média. Serão observados possíveis sintomas de descontinuação de antidepressivos, assim como efeito de retirada dos demais psicofármacos que o paciente estiver em uso, podendo haver flexibilização do período citado, no melhor benefício do sujeito. Caso os riscos de retirada suplantem os benefícios de um novo tratamento, esse paciente não será incluído na pesquisa e será reencaminhado para serviço público de saúde conforme documento de referência e contrarreferência.

### **PROTOCOLO DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

Uma vez que a participante entra no estudo (após passar pela fase de recrutamento), esta será atendida pelos médicos residentes em psiquiatria supervisionados pelos seus professores e coordenadores de equipe. Serão solicitados exames laboratoriais, ou outros, conforme indicação clínica. Ressaltamos que todas as medicações foram fornecidas gratuitamente pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre.

### **PROTOCOLO DEPRESSÃO MAIOR**

**Nível I (12 semanas):** Os participantes receberão Sertralina até 200mg. A dose inicial será de 50mg ao dia, com incrementos preferencialmente quinzenais, até dose

máxima de 200mg. Nos casos de ausência de resposta em até 8 semanas ou nos casos de depressão grave, passará para o nível II.

**Nível II (8 semanas):** Os participantes serão randomizados para potencialização com Lítio (litemia entre 0.6 a 1.2 mEq/L) (nível IIA), ou associação com Bupropiona 300mg (dose alvo em até 14 dias) ou associação com Quetiapina 300mg com elevação da dose em até 14 dias (IIB).

**Nível III (12 semanas):** Os participantes que não obtiverem resposta no nível anterior, serão randomizados para troca de medicação por Venlafaxina 150mg até 375mg (IIIA) ou Sertralina 200mg + Nortriptilina 50mg até 100mg (IIIB).

**Nível IV (8 semanas):** Os participantes que não obtiverem resposta no nível IIIA de tratamento, passarão para o nível IVA que consiste na associação de Venlafaxina 375mg com Lítio (IVA), litemia entre 0.6 a 1.2 mEq/L, ou com Bupropiona 300mg ou com Quetiapina 300mg (IVB).

Os participantes que não obtiverem resposta no nível IIIB, passarão para o nível IVB que consiste em na associação Nortriptilina + Lítio ou + Bupropiona 300mg ou + Quetiapina 300mg.

**Nível V (8 semanas):** Os participantes que não obtiverem resposta no nível IVA de tratamento, passarão para o nível VA que consiste na associação de três medicamentos: Venlafaxina 375mg + Lítio + Bupropiona 300mg ou Venlafaxina 375mg + Lítio + Quetiapina 300mg de acordo com o que anteriormente havia sido escolhido no nível IVA. Os que não obtiverem resposta no nível IVB de tratamento, passarão para o nível VB que consiste na associação de 3 medicamentos: Nortriptilina + Lítio + Bupropiona 300mg ou Nortriptilina + Lítio + Quetiapina 300mg de acordo com o que anteriormente havia sido escolhido no nível IVB.

### **PROTOCOLO PARA DEPRESSÃO BIPOLAR TIPO I**

**Nível I (8 semanas com Lítio e 16 semanas com Lamotrigina):** Os participantes receberão Lítio (litemia entre 0,8 – 1,2 mEq/L). Em caso de contraindicação ao uso de Lítio, iniciarão Lamotrigina gradualmente (aumento de 25mg/semana) até a dose de 200mg/dia.

**Na ausência de remissão passarão para o nível II.**

**Nível II (12 semanas):** Os participantes serão randomizados para associação de Lítio + Sertralina até 200mg ou Lítio + Bupropiona até 300mg (nível IIA), ou aqueles que recebiam Lamotrigina serão randomizados para a associação de Lamotrigina + Sertralina até 200mg ou Lamotrigina + Bupropiona até 300mg (nível IIB).

**Nível III (16 semanas):** Os participantes que não obtiverem remissão no nível anterior, receberão Lamotrigina até 300mg (aumento de 25mg/semana) em associação ao Lítio.

**Nível IV (12 semanas):** Os participantes que não obtiverem remissão no nível anterior, serão randomizados para receber associação três medicamentos: Lítio + Lamotrigina 300mg + Sertralina 200mg (**nível IVA**) ou Lítio + Lamotrigina 300mg + Bupropiona 300mg

(nível IVB).

**Nível V (12 semanas):** Os participantes que não obtiverem remissão no nível **IVA** de tratamento, passarão para o **nível V** que consiste na troca da Lamotrigina por Quetiapina 300mg: Lítio + Quetiapina 300mg + Sertralina 200mg. Os que não obtiverem remissão no nível IVB de tratamento, passarão para o nível VB que consiste na troca da Lamotrigina por Quetiapina 300mg: Lítio + Quetiapina 300mg + Bupropiona 300mg.

**Nível VI (16 semanas):** Os participantes que não obtiverem remissão no nível VA de tratamento, passarão para o nível VIA que consiste na associação com Lamotrigina: Lítio + Quetiapina 300mg + Sertralina 200mg + Lamotrigina 300mg.

Os que não obtiverem remissão no nível IVB de tratamento, passarão para o nível VB que consiste na associação de Lamotrigina, ou seja: Lítio + Quetiapina 300mg + Bupropiona 300mg + Lamotrigina 300mg.

### **PROTOCOLO PARA DEPRESSÃO BIPOLAR TIPO II**

**Nível I (até 12 semanas):** Os participantes receberão Lítio (litemia entre 0.8 a 1.2 mEq/L). Em caso de contraindicação ao uso de lítio, iniciarão Lamotrigina. Na ausência de remissão passarão para o nível II.

**Nível II (16 semanas):** Os participantes serão randomizados para associação de Lítio + Lamotrigina 300mg ou + Quetiapina 300mg (**nível IIA**) ou troca do Lítio por Lamotrigina 300mg (**nível IIB**).

**Nível III (12 semanas):** Os participantes que não obtiverem remissão no nível IIA, receberão associação de Lítio + Sertralina 200g ou Lítio + Bupropiona 300mg (**nível IIIA**).

Os que não obtiverem remissão no **nível IIB**, receberão associação de Lamotrigina 300mg + Sertralina 200mg ou Lamotrigina 300mg + Bupropiona 300mg (**nível IIIB**).

**Nível IV (12 semanas):** Os participantes que não obtiverem remissão no nível IIIA, receberão associação de Lítio + Sertralina 200g + Quetiapina 300mg ou Lítio + Bupropiona 300mg + Sertralina 200mg (**nível IVA**).

Os que não obtiverem remissão no **nível IIIB**, receberão associação de Lamotrigina 300mg + Sertralina 200mg + Quetiapina 300mg ou Lamotrigina 300mg + Bupropiona 300mg + Quetiapina 300mg (**nível IVB**).

### **PROTOCOLO SINTOMAS PSICÓTICOS**

Todos os pacientes com sintomas psicóticos proeminentes como alucinações visuais e auditivas, ou delírios, são tratados com Risperidona 2mg que segue o protocolo temporalmente, sendo aumentados em 2mg em cada etapa até o máximo de 8 mg.

### **TRATAMENTO, DESFECHO E PASSO SEGUINTE**

As avaliações clínicas ocorreram a cada duas semanas, sendo suas datas pré-determinadas no início do tratamento. Foram em sua maioria realizadas pelos médicos residentes em psiquiatria com supervisão presencial de nossa equipe de supervisores em todos os casos. A avaliação da resposta ao tratamento é dada pela escala de HAM D 17, realizadas durante a entrevista clínica, estas serviram para avaliarmos o desfecho,

determinar a resposta e subsidiar a tomada de decisão sobre avançar para o próximo passo, se manter no passo presente ou ter alta do programa.

A falha terapêutica é constatada quando há uma redução menor do que 25% na pontuação das escalas em 4 semanas ou menor de 50% em duas semanas. Nesse caso o paciente avança no nível do protocolo.

A remissão é definida quando a HAM-D17 atinge uma pontuação menor ou igual a 7, sendo mantida pelas duas avaliações subsequentes. Consideramos como resposta a diminuição de 50% da pontuação da HAM-D17 inicial. A falha por intolerância é declarada se um participante interromper o tratamento durante as 4 primeiras semanas, não importando o motivo. Assim, caso aceite, o paciente é transferido para o próximo passo do tratamento, caso não aceite é considerado como abandono que pode ser dividido em precoce (primeiros 3 meses e tardio nos últimos 3 meses). Caso após 6 meses de tratamento o paciente não tenha alcançado o desfecho da remissão (pontuação menor do que 8 na HAM-D17), é classificado como resposta (redução de 50% da HAM-D17) ou como refratário (pontuação maior do que 50% da HAM-D17).

## **ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), do projeto de pesquisa “Tratamento farmacológico de Transtornos Depressivos e Bipolar: o algoritmo experimental para o tratamento no sistema público de saúde brasileiro (estudo BREATH II)”, de responsabilidade do pesquisador Flávio Milman Shansis, no caso de você concordar em participar, favor fazer uma assinatura em cada página e ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição e não afetará seu acesso a tratamento. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Esse projeto foi submetido à Comissão de Ética de Pesquisa da Instituição vinculada ao local que você estará recebendo a seu tratamento. Esse projeto respeitará as normas estabelecidas na Norma 466/2012 e foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Instituição sob número: Hospital Psiquiátrico São Pedro / Nº 55123216.6.0000.5332/2.216.613

NOME DO VOLUNTÁRIO: \_\_\_\_\_,

R.G. DO VOLUNTÁRIO: \_\_\_\_\_, IDADE: \_\_\_\_\_ anos.

TÍTULO DO PROJETO: Tratamento farmacológico de Transtornos Depressivos e Bipolar: o algoritmo experimental para o tratamento no sistema público de saúde brasileiro (estudo BREATH II)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Flávio Milman Shansis

INSTITUIÇÃO: Hospital Psiquiátrico São Pedro

TELEFONES PARA CONTATO: 51 995052268 (Pesquisador principal)

OBJETIVOS: O objetivo geral do estudo é investigar a efetividade de um tratamento medicamentoso para pacientes com diagnóstico de depressão ou transtorno bipolar através de recursos disponíveis no Sistema Público de Saúde brasileiro.

JUSTIFICATIVA: Avaliar fatores que auxiliam a compreensão da melhora e de eficácia de tratamento (medida pela melhora dos sintomas) potencialmente úteis em um grupo de pacientes ambulatoriais representativos. O estudo tem por objetivo refletir a prática clínica.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Você participará de uma entrevista onde será verificado se apresenta ou não algum transtorno de humor (depressão ou transtorno bipolar), caso possua um desses problemas de saúde, você entrará em um sorteio para receber um tratamento (medicamento) de acordo com o transtorno psiquiátrico identificado. Você será orientado antes de receber este tratamento a parar com as medicações psiquiátricas que já vinha em uso anteriormente (isso será feito através de orientação médica de nossa equipe), o tempo de suspensão dos fármacos será individualizado de acordo com a medicação que estiver em uso, podendo variar entre 1 e 4 semanas, em média, de tal forma que as



avaliações durante o período de suspensão serão feitas com maior frequência (semanais) e você receberá o contato telefônico para orientações, caso seja necessária em intervalo inferior há uma semana. Os sintomas de descontinuação dos antidepressivos, assim como da suspensão dos demais psicofármacos serão monitorados com entrevistas semanais e a instituição de tratamentos atenderá as particularidades de cada indivíduo. Será respeitado o tempo necessário para redução e suspensão dos psicofármacos em uso, de tal forma que sejam reduzidos os efeitos indesejáveis de uma suspensão abrupta.

Existem alguns riscos da suspensão dos fármacos que você pode estar em uso. Eles podem ser a piora dos sintomas de tristeza, falta de ânimo, redução da concentração, o seu pensamento pode ficar mais lento ou mais rápido, piora no sono (insônia), mudança na fome (apetite), aumento da irritabilidade, pensamentos de morte (inclusive ideias de suicídio), acreditar ou sentir coisas estranhas (delírios ou alucinações). Caso esses sintomas surjam, você deverá entrar em contato com o pesquisador responsável para orientações de como deve proceder, caso existam riscos a sua vida ou de outras pessoas você será orientado a buscar um serviço de emergência psiquiátrica.

Este novo medicamento será fornecido gratuitamente pelo SUS e você será acompanhado ao longo de algumas semanas (máximo de 80 semanas) por nossa equipe. Caso apresente melhora dos sintomas com o decorrer das semanas, você receberá alta da pesquisa e permanecerá em acompanhamento por 2 anos com consultas a cada 2 meses a fim de continuar pegando as medicações e responder algumas perguntas referentes a como você se sente com a medicação atual. Após 2 anos de melhora dos sintomas você será encaminhado para a unidade de saúde do seu bairro, onde passará a receber a atual medicação, sendo que as de uso especial serão previamente solicitadas via processo através da farmácia de medicamentos especiais do município, pela nossa equipe.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Não há riscos físicos ou psicológicos maiores relacionados a pesquisa, embora haja riscos relacionados ao uso das medicações disponíveis, que podem ser: • Sistema nervoso central muito comuns: vertigem, sonolência e fadiga, reações alérgicas de pele, náusea. Comuns: dor de cabeça, visão dupla ou borrada, aumento das enzimas do fígado, aumento de peso, vômito. Incomuns: tremores, dor nas articulações.

Raras: distúrbios da fala (por ex., pronúncia desarticulada da fala), fraqueza muscular, alucinações (visuais ou auditivas), depressão, perda de apetite, inquietação, comportamento agressivo, agitação e confusão, alteração da cor da pele, arritmias. Caso ocorra algum destes efeitos colaterais você deverá procurar atendimento em nosso ambulatório ou entrar em contato com o pesquisador principal através de um dos telefones disponibilizados neste termo.

**BENEFÍCIOS:** Os pacientes que participarem da pesquisa terão a oportunidade de serem avaliados por uma equipe de médicos, que discutirá o diagnóstico psiquiátrico e não terá acesso aos dados de identificação. Os dados colhidos também poderão contribuir para a melhoria da atenção não só ao paciente, mas a todos os pacientes.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não terá nenhum gasto com as medicações, ao participar da pesquisa. A participação no ambulatório é totalmente gratuita. Todas as medicações serão fornecidas gratuitamente; caso ocorra períodos de falta de medicações fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe fará substituição com medicações disponíveis visando a redução dos riscos de suspensão abrupta desses psicofármacos.

Os dados colhidos serão mantidos em sigilo, e será assegurada a sua privacidade. Os dados serão divulgados apenas quando diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa e ninguém mais terá acesso a eles. O material será usado apenas para fins médicos e de pesquisa. DÚVIDAS: Caso você tenha alguma dúvida em relação aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual, você poderá entrar em contato com o pesquisador através do telefone fornecido acima.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:

Eu, \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) - (Flávio MilmanShansis) - dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Foi me esclarecido que a qualquer momento que tiver dúvidas sobre a pesquisa poderei conversar com um dos pesquisadores. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## ANEXO C – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

**Orientação Temporal Espacial** – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

**Registros** – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

**Atenção e cálculo** – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

**Lembrança ou memória de evocação** – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

**Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.


#### Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1            Dia do mês? _____ 1            Mês? _____ 1            Ano? _____ 1            Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1            Instituição (casa, rua)? _____ 1            Bairro? _____ 1            Cidade? _____ 1            Estado? _____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você aponta.            _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá".            _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa".            _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b>            _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido).  <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b>            _____ 1</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.            -Vaso, carro, tijolo            _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo.            Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.            _____ 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra <b>MUNDO</b> de trás para frente.            _____ 5</p>	<div style="text-align: center;">  </div>
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.            _____ 3</p>	

## ANEXO D – PHQ-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9 <span style="float: right;">72683</span>				
(Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)				
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments)				
If Yes, data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____				
Comments:				
<i>Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.</i>				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto — estar tão agitado/a ou inquieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
Scores For Use By Study Personnel Only 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				
Se você assinou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             Alguma dificuldade <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             Muita dificuldade <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> </div> </div>				
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. <a href="http://www.pfizer.com">www.pfizer.com</a>				
Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.		Iniciais do/a paciente:		Data:

## ANEXO E – HCL-32-BV

**Questionário de Rastreamento de Hipomania (HCL-32-BV)**

Dados pessoais: Idade   Masculino  Feminino

Centro    Número

**Energia, Atividade e Humor**

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor ("altos e baixos" ou "para cima e para baixo"). O objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos "altos" ou "para cima".

1) Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparado ao seu estado habitual?  
(Por favor, marque apenas UM dos seguintes)

Muito pior do que o habitual     Pior do que o habitual     Um pouco pior do que o habitual     Nem melhor nem pior do que o habitual     Um pouco melhor do que o habitual     Melhor do que o habitual     Muito melhor do que o habitual

2) Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?  
Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado a outras pessoas, marcando qual dos seguintes enunciados melhor o descreve.

Comparando com outras pessoas, meu nível de atividade, energia e humor...  
(Por favor, marque somente UM dos seguintes)

... sempre são mais para estáveis e equilibrados.     ... geralmente são maiores.     ... geralmente são menores.     ... repetidamente exibem períodos de altos e baixos.

3) Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado "para cima".  
Como você se sentia na época?  
Por favor, responda a todos estes enunciados, independente do seu estado atual.

Em tal estado:

	Sim	Não
1. Eu precisava de menos sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu me sentia com mais energia e mais ativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu estava mais autoconfiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu apreciava mais o meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu estava mais sociável (fazia mais ligações telefônicas, saía mais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu queria viajar ou viajava mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu tinha tendência a dirigir mais rápido ou me arriscar mais enquanto dirigia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu gastava mais ou gastava dinheiro demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me arriscava mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras atividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu estava fisicamente mais ativo (a) (esporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu planejava mais atividades e projetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu tinha mais idéias, eu estava mais criativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu ficava menos tímido (a) ou inibido (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu usava roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Em tal estado:

15. Eu queria encontrar ou de fato me encontrava com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu estava mais interessado (a) em sexo e/ou tinha desejo sexual aumentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu paquerava mais e/ou estava sexualmente mais ativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu falava mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu pensava mais rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu fazia mais piadas ou trocadilhos quando falava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu me distraía com mais facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu me envolvia em muitas coisas novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Meus pensamentos pulavam de assunto rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu fazia coisas mais rapidamente b/ou com maior facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu ficava mais impaciente e/ou ficava irritado (a) mais facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu podia ser cansativo (a) ou irritante para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu me envolvia em mais discussões e disputas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Meu humor estava melhor, mais otimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eu bebia mais café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu fumava mais cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu bebia mais álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu usava mais drogas (sedativos, ansiolíticos, estimulantes, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) O impacto dos seus "altos" em vários aspectos de sua vida foi:

	Positivo e negativo	Positivo	Negativo	Nenhum impacto
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Qual foi a reação e os comentários das pessoas sobre seus "altos":  
Como as pessoas próximas a você reagiram ou comentaram seus "altos"?  
(Por favor, marque UM dos seguintes)

Positivamente (encorajando ou apoiando)	Neutros	Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)	Positivamente e negativamente	Nenhuma reação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Via de regra, qual foi a duração de seus "altos" (em média):  
(Por favor, marque UM dos seguintes)

<input type="checkbox"/> 1 dia	<input type="checkbox"/> maior que 1 semana
<input type="checkbox"/> 2-3 dias	<input type="checkbox"/> maior que 1 mês
<input type="checkbox"/> 4-7 dias	<input type="checkbox"/> Não posso julgar/ não sei

7) Você sentiu tais "altos" nos últimos doze meses?

Sim  Não

8) Se sim,  
Por favor, estime quantos dias você passou nestes "altos" durante os últimos doze meses.

Levando todos em conta foi de cerca de    dias

## ANEXO F – PID - 5

INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE PARA O DSM-V – PID-V<sup>1</sup>

Krauger e cols (2012) Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) v1.0, Copyright ©2012 da Associação Americana de Psiquiatria.

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M O F O

Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de hoje \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Local em que está fazendo o Teste	Cidade	Estado
Escola em que estudou (nome)	Cidade	Estado
Ensino Fundamental		
Ensino Médio		
Ensino Superior (nome da Universidade ou Faculdade)		
Curso Superior	Profissão	
Eu:		
Pai:		
Mãe:		

Escolaridade					
Série:	Eu	Pai	Mãe		
1º Ano	0	0	0		
2º Ano	0	0	0		
3º Ano	0	0	0		
4º Ano	0	0	0		
5º Ano	0	0	0		
6º Ano	0	0	0		
7º Ano	0	0	0		
8º Ano	0	0	0		
9º Ano	0	0	0		
1º Ens. Méd.	0	0	0		
2º Ens. Méd.	0	0	0		
3º Ens. Méd.	0	0	0		
Superior	0	0	0		
Pós-grad.	0	0	0		

Indique quantos tem:	0	1	2	3	4ou+
Televisão em cores	0	0	0	0	0
Rádio	0	0	0	0	0
Banheiro	0	0	0	0	0
Automóvel	0	0	0	0	0
Empregada mensalista	0	0	0	0	0
Aspirador de pó	0	0	0	0	0
Máquina de lavar	0	0	0	0	0
Vídeocassete e/ou DVD	0	0	0	0	0
Geladeira	0	0	0	0	0
Freezer (ou parte da geladeira duplex)	0	0	0	0	0
Computador	0	0	0	0	0

	Sim	Não	Se sim, quanto tempo?
Fez Tratamento Psiquiátrico?	0	0	_____
Faz Tratamento Psiquiátrico?	0	0	_____
Toma Remédio Psiquiátrico?	0	0	_____
Fez Tratamento Psicológico?	0	0	_____
Faz Tratamento Psicológico?	0	0	_____

A seguir há uma lista de frases que as pessoas usam para se descrever. Gostaríamos de saber como você se descreve. Não há respostas certas ou erradas. Tente ser o mais honesto possível ao responder. Suas respostas são confidenciais. Não há tempo limite. Leia atentamente as frases e atribua pontos de 1 a 4, conforme o quanto elas são verdadeiras para você, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – **Nada** (falso, não tem nada a ver comigo).
- 2 – **Pouco** (algumas vezes falso, tem um pouco a ver comigo).
- 3 – **Moderadamente** (algumas vezes verdadeiro, tem a ver comigo).
- 4 – **Muito** (totalmente verdadeiro, tem muito a ver comigo).

Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1	2	3	4
1	Não tenho tanto prazer com as coisas como as pessoas parecem ter.				0	0	0	0
2	Existem muitas pessoas querendo me pegar.				0	0	0	0
3	As pessoas me descrevem como imprudente.				0	0	0	0
4	Sinto que ajo totalmente por impulso.				0	0	0	0
5	Eu frequentemente tenho ideias que são muito incomuns para explicar para alguém.				0	0	0	0
6	Perco o fio da meada das conversas porque outras coisas chamam a minha atenção.				0	0	0	0
7	Eu evito situações arriscadas.				0	0	0	0
8	Quando se trata das minhas emoções, as pessoas dizem que sou frio.				0	0	0	0
9	Eu mudo o que faço dependendo do que os outros querem.				0	0	0	0
10	Eu prefiro não me envolver muito com as pessoas.				0	0	0	0
11	Frequentemente me envolvo em brigas físicas.				0	0	0	0
12	Tenho pavor de ficar sem alguém que me ame.				0	0	0	0
13	Ser grosso e rudo simplesmente faz parte de quem eu sou.				0	0	0	0
14	Eu faço coisas para me certificar que as pessoas irão me notar.				0	0	0	0
15	Costumo fazer o que os outros acham que eu deveria fazer.				0	0	0	0
16	Geralmente faço coisas de maneira impulsiva sem pensar no que pode acontecer.				0	0	0	0
17	Não consigo parar de tomar decisões precipitadas, mesmo sabendo que sou assim.				0	0	0	0
18	Minhas emoções às vezes mudam sem uma boa razão.				0	0	0	0
19	Realmente não me importo se faço os outros sofrerem.				0	0	0	0
20	Eu guardo as coisas para mim mesmo.				0	0	0	0
21	Eu frequentemente digo coisas que os outros consideram esquisitas ou estranhas.				0	0	0	0
22	Eu sempre faço coisas no calor do momento.				0	0	0	0
23	Nada parece me interessar muito.				0	0	0	0
24	As pessoas parecem achar que meus comportamentos são esquisitos.				0	0	0	0
25	Pessoas já me disseram que eu penso sobre as coisas de um modo realmente estranho.				0	0	0	0
26	Eu quase nunca aproveito a vida.				0	0	0	0
27	Frequentemente sinto que nada do que faço tem importância.				0	0	0	0
28	Eu estouro com as pessoas quando elas fazem pequenas coisas que me irritam.				0	0	0	0
29	Não consigo me concentrar em coisa alguma.				0	0	0	0
30	Sou uma pessoa cheia de energia.				0	0	0	0
31	Os outros me veem como irresponsável.				0	0	0	0
32	Conseguo ser cruel quando preciso.				0	0	0	0
33	Meus pensamentos geralmente vão para direções esquisitas ou incomuns.				0	0	0	0
34	Já me disseram que perco muito tempo me assegurando que as coisas estão no seu devido lugar.				0	0	0	0
35	Eu evito esportes e atividades arriscadas.				0	0	0	0
36	Posso ter dificuldades em dizer a diferença entre sonho e realidade.				0	0	0	0
37	Às vezes tenho essa estranha sensação de que partes do meu corpo estão como mortas ou não fazem parte de mim.				0	0	0	0
38	Eu fico embado facilmente.				0	0	0	0
39	Não tenho limites quando se trata de fazer coisas perigosas.				0	0	0	0
40	Para ser honesto, eu sou mais importante do que as outras pessoas.				0	0	0	0



Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1	2	3	4
41	Invento histórias sobre coisas que aconteceram que são totalmente falsas.				0	0	0	0
42	As pessoas frequentemente falam sobre coisas que faço das quais realmente não me lembro.				0	0	0	0
43	Faço coisas só para que as pessoas me admirem.				0	0	0	0
44	É estranho, mas algumas vezes objetos comuns parecem ter uma forma diferente do que a usual.				0	0	0	0
45	Eu não reajo emocionalmente às coisas por muito tempo.				0	0	0	0
46	É difícil para mim parar uma atividade, mesmo quando é hora de parar.				0	0	0	0
47	Não sou bom em fazer planos futuros.				0	0	0	0
48	Eu faço muitas coisas que os outros consideram amacadas.				0	0	0	0
49	As pessoas me dizem que me foco demais nos pequenos detalhes.				0	0	0	0
50	Eu me preocupo muito em ficar sozinho.				0	0	0	0
51	Deixei de fazer coisas porque estava muito ocupado tentando alcançar algo que eu estava fazendo perfeitamente.				0	0	0	0
52	Meus pensamentos geralmente não fazem sentido para as pessoas.				0	0	0	0
53	Frequentemente invento coisas sobre mim mesmo para conseguir o que quero.				0	0	0	0
54	Realmente não me incomoda ver outras pessoas se machucarem.				0	0	0	0
55	As pessoas frequentemente olham para mim como se eu tivesse dito algo realmente esquisito.				0	0	0	0
56	As pessoas não percebem que eu só elogio somente para conseguir o que quero.				0	0	0	0
57	Prefero estar em um relacionamento ruim do que estar sozinho.				0	0	0	0
58	Eu geralmente penso antes de agir.				0	0	0	0
59	Eu frequentemente vejo imagens nítidas de sonhos quando estou começando a dormir ou acordando.				0	0	0	0
60	Continuo fazendo as coisas da mesma maneira, mesmo quando não está funcionando.				0	0	0	0
61	Eu sou muito insatisfeito consigo mesmo.				0	0	0	0
62	Tenho reações emocionais muito mais fortes do que a maioria das pessoas.				0	0	0	0
63	Faço o que os outros me dizem para fazer.				0	0	0	0
64	Não suportio ser deixado sozinho, mesmo que por algumas horas.				0	0	0	0
65	Eu tenho excelentes qualidades que poucas pessoas possuem.				0	0	0	0
66	Eu realmente não vejo esperança no futuro.				0	0	0	0
67	Eu gosto de me arriscar.				0	0	0	0
68	Não consigo atingir meus objetivos porque outras coisas chamam a minha atenção.				0	0	0	0
69	Quando quero fazer algo, não deixo que o fato de ser amacado me impeça.				0	0	0	0
70	As pessoas parecem pensar que eu sou muito diferente ou estranho.				0	0	0	0
71	Meus pensamentos são estranhos e imprevisíveis.				0	0	0	0
72	Eu não me importo com o sentimento dos outros.				0	0	0	0
73	Não preciso pisar em algumas pessoas para conseguir o que quero na vida.				0	0	0	0
74	Eu adoro ter a atenção das outras pessoas.				0	0	0	0
75	Eu me esforço para evitar qualquer tipo de atividade em grupo.				0	0	0	0
76	Posso ser somático se isso significa que vou conseguir o que quero.				0	0	0	0
77	As vezes eu olho para um objeto familiar e é como se eu o estivesse vendo pela primeira vez.				0	0	0	0
78	É difícil para mim mudar de uma atividade para outra.				0	0	0	0
79	Eu me preocupo muito com coisas triviais que podem acontecer.				0	0	0	0
80	Tenho dificuldade de mudar o modo de fazer as coisas mesmo quando ele não funciona bem.				0	0	0	0
81	O mundo seria melhor se eu estivesse morto.				0	0	0	0
82	Eu mantenho distância das pessoas.				0	0	0	0
83	Eu frequentemente não posso controlar o que estou pensando.				0	0	0	0
84	Não sou de me emocionar.				0	0	0	0
85	Fico ofendido quando me dizem o que fazer, mesmo que seja um superior.				0	0	0	0
86	Sou muito envergonhado do quanto deceptivo as pessoas de diversas maneiras.				0	0	0	0
87	Evito qualquer coisa que possa ser minimamente perigosa.				0	0	0	0
88	Tenho dificuldade em atingir objetivos específicos mesmo por curtos períodos de tempo.				0	0	0	0

Item	1 - Nunca	2 - Pouco	3 - Moderadamente	4 - Muito	1	2	3	4
89	Prefero manter relacionamentos amorosos longe de mim				0	0	0	0
90	Eu nunca machucaria ninguém				0	0	0	0
91	Eu não demonstro muito minhas emoções				0	0	0	0
92	Tenho um pavio muito curto				0	0	0	0
93	Muitas vezes sinto que algo ruim vai acontecer devido aos erros que cometi no passado				0	0	0	0
94	Tenho algumas habilidades incomuns, como às vezes saber exatamente o que alguém está pensando				0	0	0	0
95	Eu fico muito nervoso quando penso sobre o futuro				0	0	0	0
96	Raramente me preocupo com as coisas				0	0	0	0
97	Eu gosto de estar apaixonado				0	0	0	0
98	Prefero agir de modo seguro a correr riscos desnecessários				0	0	0	0
99	Algumas vezes ouço coisas que as pessoas não conseguem ouvir				0	0	0	0
100	Fico obcecado em algumas coisas e não consigo parar				0	0	0	0
101	As pessoas dizem que é difícil saber o que estou sentindo				0	0	0	0
102	Sou uma pessoa extremamente emotiva				0	0	0	0
103	As pessoas se aproveitam de mim se puderem				0	0	0	0
104	Frequentemente sinto que sou um fracasso				0	0	0	0
105	É simplesmente inaceitável que eu faça algo que não está absolutamente perfeito				0	0	0	0
106	Frequentemente tenho experiências incomuns, como sentir a presença de alguém que de fato não está presente				0	0	0	0
107	Sou bom em fazer com que as pessoas façam aquilo que quero				0	0	0	0
108	Eu termino meus relacionamentos se eles começarem a ficar muito íntimos				0	0	0	0
109	Estou sempre me preocupando com alguma coisa				0	0	0	0
110	Eu me preocupo com quase tudo				0	0	0	0
111	Eu gosto de me destacar numa multidão				0	0	0	0
112	Eu não me importo de me amarrar de vez em quando				0	0	0	0
113	Meus comportamentos são muitas vezes marcantes e atraem a atenção das pessoas				0	0	0	0
114	Sou melhor que quase todo mundo				0	0	0	0
115	As pessoas reclamam sobre minha necessidade de ter tudo planejado				0	0	0	0
116	Eu sempre esforço-me para me vingar de pessoas que me prejudicam				0	0	0	0
117	Estou sempre alerta para ver se alguém está tentando me enganar ou prejudicar				0	0	0	0
118	Tenho dificuldade em me focar no que precisa ser feito				0	0	0	0
119	Eu falo muito sobre suicídio				0	0	0	0
120	Eu simplesmente não estou muito interessado em ter relações sexuais				0	0	0	0
121	Fico muito preso às coisas				0	0	0	0
122	Eu me emociono com facilidade, muitas vezes por uma razão muito pequena				0	0	0	0
123	Insisto em fazer tudo com total perfeição, mesmo deixando as pessoas loucas com isso				0	0	0	0
124	Eu quase nunca me sinto feliz com as atividades do meu dia a dia				0	0	0	0
125	Minha libido ajuda-me a conseguir o que quero				0	0	0	0
126	Às vezes é preciso cometer exageros para chegar à frente dos outros				0	0	0	0
127	Eu tento ficar sozinho na vida mais do que qualquer outra coisa				0	0	0	0
128	Eu fico preso em uma maneira de fazer as coisas, mesmo quando está claro que não vai funcionar				0	0	0	0
129	Danadamente sou bastante desconfiado com minhas coisas e com as dos outros				0	0	0	0
130	Sou uma pessoa muito amigável				0	0	0	0
131	As pessoas são, no geral, confiáveis				0	0	0	0
132	Eu facilmente me distraio				0	0	0	0
133	Parece que estou sempre recebendo um "tratamento injusto" dos outros				0	0	0	0
134	Não penso duas vezes em trapacear se isso me fizer chegar à frente dos outros				0	0	0	0
135	Verifico as coisas várias vezes para ter certeza que elas estão perfeitas				0	0	0	0
136	Não gosto de passar meu tempo com os outros				0	0	0	0

Item	1 – Nada	2 – Pouco	3 – Moderadamente	4 – Muito	1	2	3	4
137	Sinto-me impulsionado a continuar fazendo as coisas, mesmo quando elas fazem pouco sentido.				0	0	0	0
138	Nunca sei como estarão minhas emoções de um momento para outro.				0	0	0	0
139	Eu vi coisas que não estavam de fato lá.				0	0	0	0
140	É importante para mim que as coisas sejam feitas de uma determinada maneira.				0	0	0	0
141	Sempre espero que o pior vá acontecer.				0	0	0	0
142	Eu tento dizer a verdade, mesmo quando é difícil.				0	0	0	0
143	Eu acredito que algumas pessoas são capazes de mover coisas com suas mentes.				0	0	0	0
144	Não consigo me focar em alguma coisa por muito tempo.				0	0	0	0
145	Eu evito relacionamentos românticos.				0	0	0	0
146	Não estou interessado em fazer amigos.				0	0	0	0
147	Eu falo o mínimo possível quando estou lidando com pessoas.				0	0	0	0
148	Sou uma pessoa inútil.				0	0	0	0
149	Faço qualquer coisa para evitar que alguém me abandone.				0	0	0	0
150	Às vezes eu consigo influenciar outras pessoas somente enviando meus pensamentos para elas.				0	0	0	0
151	A vida me parece muito sem cor.				0	0	0	0
152	Eu penso sobre as coisas de uma maneira esquisita que não faz sentido para maioria das pessoas.				0	0	0	0
153	Não me importo se minhas ações machucam os outros.				0	0	0	0
154	Às vezes me sinto "controlado" por pensamentos que pertencem a outras pessoas.				0	0	0	0
155	Eu realmente aproveito o máximo da vida.				0	0	0	0
156	Faço promessas que realmente não pretendo cumprir.				0	0	0	0
157	Parece que nada me faz sentir bem.				0	0	0	0
158	Faço facilmente entido com todo o tipo de coisas.				0	0	0	0
159	Eu faço o que quero sem pensar o quanto isso pode ser perigoso.				0	0	0	0
160	Muitas vezes esqueço de pagar minhas contas.				0	0	0	0
161	Não gosto de me aproximar muito das pessoas.				0	0	0	0
162	Eu sou bom em enganar as pessoas.				0	0	0	0
163	Tudo parece sem sentido para mim.				0	0	0	0
164	Nunca me arreio.				0	0	0	0
165	Fico emocionado até mesmo com pequenas coisas.				0	0	0	0
166	Não é um grande problema eu ler os sentimentos de alguém.				0	0	0	0
167	Nunca demonstro emoções aos outros.				0	0	0	0
168	Eu frequentemente me sinto infeliz.				0	0	0	0
169	Sou uma pessoa sem valor.				0	0	0	0
170	Costumo ser muito agressivo.				0	0	0	0
171	Já "sumi do mapa" para evitar responsabilidades.				0	0	0	0
172	Já me disseram mais de uma vez que tenho diversos hábitos e modos esquisitos.				0	0	0	0
173	Eu gosto de ser uma pessoa notada pelas outras.				0	0	0	0
174	Estou sempre com muito medo sobre coisas ruins que podem acontecer.				0	0	0	0
175	Nunca quero ficar sozinho.				0	0	0	0
176	Continuo tentando melhorar as coisas que faço, mesmo quando elas já estão perfeitas.				0	0	0	0
177	Eu raramente sinto que as pessoas que eu conheço estão tentando tirar vantagem de mim.				0	0	0	0
178	Sei que mais cedo ou mais tarde vou cometer suicídio.				0	0	0	0
179	Tenho ido muito além do que a maioria das pessoas que conheço.				0	0	0	0
180	Com certeza posso utilizar meu charme para que as coisas sejam do meu modo.				0	0	0	0
181	Minhas emoções são imprevisíveis.				0	0	0	0
182	Não lido com pessoas, à menos que eu precise.				0	0	0	0
183	Não me importo com os problemas dos outros.				0	0	0	0
184	Não reajo muito a coisas que parecem emocionar os outros.				0	0	0	0
185	Eu tenho vários hábitos que os outros acham que são exóticos ou estranhos.				0	0	0	0

Item	1 - Nada	2 - Pouco	3 - Moderadamente	4 - Muito	1	2	3	4
186	Eu evito eventos sociais.				0	0	0	0
187	Eu mereço tratamento especial.				0	0	0	0
188	Fico realmente irritado quando alguém me insulta ainda que não seja nada demais.				0	0	0	0
189	Raramente fico entusiasmado com alguma coisa.				0	0	0	0
190	Suspeito que até as pessoas que se dizem meus "amigos" me traem com frequência.				0	0	0	0
191	Eu necessito muito de atenção.				0	0	0	0
192	Às vezes eu penso que alguém está roubando pensamentos da minha cabeça.				0	0	0	0
193	Terho períodos em que me sinto desconectado do mundo ou de mim mesmo.				0	0	0	0
194	Eu geralmente percebo relações incomuns entre coisas que a maioria das pessoas não percebe.				0	0	0	0
195	Não penso que posso me machucar quando faço coisas que podem ser perigosas.				0	0	0	0
196	Eu simplesmente não tolero ver as coisas fora de seus devidos lugares.				0	0	0	0
197	Eu frequentemente preciso lidar com pessoas que são menos importantes que eu.				0	0	0	0
198	Às vezes bato nas pessoas para lembrá-las de quem está no comando.				0	0	0	0
199	Eu me perco na tarefa que estou realizando mesmo com pequenas distrações.				0	0	0	0
200	Diverto-me em fazer as pessoas que estão no controle parecerem estúpidas.				0	0	0	0
201	Eu simplesmente fujo de compromissos e reuniões se eu não estiver a fim.				0	0	0	0
202	Terho fazer o que os outros querem que eu faça.				0	0	0	0
203	Prefero ficar sozinho a ter um parceiro amoroso infiel.				0	0	0	0
204	Sou muito impulsivo.				0	0	0	0
205	Frequentemente tenho pensamentos que fazem sentido pra mim, mas que os outros dizem ser enloucadas.				0	0	0	0
206	Eu uso as pessoas para conseguir o que quero.				0	0	0	0
207	Não vejo motivo em me sentir culpado sobre coisas que fiz e que machucaram outras pessoas.				0	0	0	0
208	Na maioria das vezes eu não vejo razão em ser amigável.				0	0	0	0
209	Eu já tive algumas experiências realmente espantosas que são difíceis de se explicar.				0	0	0	0
210	Eu cumprio meus compromissos.				0	0	0	0
211	Eu gosto de chamar atenção para mim mesmo.				0	0	0	0
212	Sinto-me culpado a maior parte do tempo.				0	0	0	0
213	Frequentemente fico "fora do ar" e de repente volto e percebo que muito tempo se passou.				0	0	0	0
214	Mentir é fácil para mim.				0	0	0	0
215	Odeio me amarrar.				0	0	0	0
216	Eu sou "curto e grosso" com quem merece.				0	0	0	0
217	As coisas ao meu redor parecem reais, ou mais reais que o normal.				0	0	0	0
218	Eu exagero a verdade se isso me trouxer vantagens.				0	0	0	0
219	É fácil para mim, tirar vantagem dos outros.				0	0	0	0
220	Eu tenho um modo rigoroso de fazer as coisas.				0	0	0	0

<sup>1</sup> Traduzido e reproduzido para uso no estudo "Validação da Versão Brasileira do Inventário de Personalidade para o DSM-V" coordenado pelo prof. Dr. Ricardo Prieto, com permissão da Associação Americana de Psiquiatria. Equipe de tradução: Dr. Ricardo Prieto (USF), Dr. Lucas de Francisco Carvalho (USF), Dra. Denise Ruschel Bandeira (UFRGS), Dra. Laila Yazigi (UNIFESP), Mr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (UFRGS) e André Augusto Rossi (USF). Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LabAPE, [www.labape.com.br](http://www.labape.com.br)) do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade São Francisco, R. Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, Itaipava, São Paulo, SP, Brasil, CEP 13251-900, e-mail: [ricardo.prieto@unifesp.br](mailto:ricardo.prieto@unifesp.br). Versão em inglês publicada em: Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879.



## ANEXO G – HAM-D17

1	<b>HUMOR DEPRIMIDO</b> 0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente	<b>ESCORE</b>
2	<b>SENTIMENTOS DE CULPA</b> 0. Ausentes 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros 2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más Ações 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
3	<b>SUICÍDIO</b> 0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte 3. Idéias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria)	
4	<b>INSÔNIA INICIAL</b> 0. Sem dificuldade 1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora 2. Quase de dificuldade para conciliar todas as noites	
5	<b>INSÔNIA INTERMEDIÁRIA</b> 0. Sem dificuldade 1. Quase-se de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite; qualquer saída de cama (exceto para urinar)	
6	<b>INSÔNIA TARDIA</b> 0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama	
7	<b>TRABALHOS E ATIVIDADES</b> 0. Sem dificuldade 1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades, trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades). 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio	
8	<b>RETARDO</b> 0. Pensamento e fala normais 1. Leve retardo durante a entrevista 2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo	
9	<b>AGITAÇÃO</b> 0. Nenhuma 1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc 2. Troça as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios	

10	<b>ANSIEDADE PSÍQUICA</b> 0. Sem ansiedade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos	
11	<b>ANSIEDADE SOMÁTICA</b> (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaléia, hiperventilação, suspiros, sudorese, freqüência urinária) 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante	
12	<b>SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS</b> 0. Nenhum 1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdome 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos	
13	<b>SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL</b> 0. Nenhum 1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgia. Perda de energia e cansaço 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2	
14	<b>SINTOMAS GENITAIS</b> (perda da libido, sintomas menstruais) 0. Ausentes 1. Leves distúrbios menstruais 2. Intensos	
15	<b>HIPOCONDRIA</b> 0. Ausente 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc 4. Idéias delirantes hipocondríacas	
16	<b>PERDA DE PESO</b> (Marcar A ou B; A – pela história; B – pela avaliação semanal do psiquiatra responsável) A. 0. Sem perda de peso 1. Provável perda de peso da doença atual 2. Perda de peso definida B. 0. Menos de 0,5kg de perda por semana 1. Mais de 0,5kg de perda por semana 2. Mais de 1kg de perda por semana	
17	<b>CONSCIÊNCIA DA DOENÇA</b> 0. Reconhece que está deprimido e doente 1. Reconhece a doença mas atribui-a a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, necessidade de repouso 2. Nega estar doente	