

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

**AVALIAÇÃO DE MECANISMOS DE DEFESA EM PACIENTES
COM TRANSTORNO DO PÂNICO, SUA RELAÇÃO COM
GRAVIDADE, RESPOSTA AO TRATAMENTO E ALTERAÇÃO PÓS
TRATAMENTO.**

LETÍCIA DA CUNHA KIPPER

Porto Alegre, junho de 2003.

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

AVALIAÇÃO DE MECANISMOS DE DEFESA EM PACIENTES
COM TRANSTORNO DO PÂNICO, SUA RELAÇÃO COM
GRAVIDADE, RESPOSTA AO TRATAMENTO E ALTERAÇÃO PÓS
TRATAMENTO.

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

LETÍCIA DA CUNHA KIPPER

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

Porto Alegre, junho de 2003.

AGRADECIMENTOS

À Gisele, pela sua capacidade especial em ser uma verdadeira professora e orientadora, e ao mesmo tempo uma colega sempre presente. Muito obrigada por tudo.

À nossa equipe de pesquisa, com o desejo de que continuemos trabalhando sempre juntos: Carolina Blaya, Luciano Isolan, Elizeth Heldt, Betina Teruchkin, Kelin Mezzomo, Cláudia Wachleski, Juliana Achutti, Rita Prieb e Vânia Hirakata.

Ao professor Cordioli e a toda equipe do PROTAN, pelo excelente convívio e incentivo.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Ao Serviço de Medicina Ocupacional do HCPA por ter permitido e facilitado o acesso aos funcionários do HCPA.

À professora Márcia L. F. Chaves, por ter me apresentado à pesquisa científica, enquanto eu ainda estava na Graduação.

A toda minha família, amigos e, em especial, ao meu namorado, Marcelo, e a minha mãe, a quem devo tudo que sou.

Aos pacientes e funcionários que aceitaram participar da pesquisa, pois eles representam a finalidade principal da pesquisa científica.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	IV
Lista de figuras	VI
Lista de tabelas	VII
DIVULGAÇÃO PARCIAL DE RESULTADOS	IX
RESUMO	XII
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Apresentação Clínica	05
1.2 Epidemiologia	06
1.3 Critérios Diagnósticos	07
1.4 Etiologia	08
1.4.1 Fatores Biológicos e Genéticos	09
1.4.2 Fatores Psicológicos	11
1.4.2.1 Teoria Cognitiva-Comportamental	11
1.4.2.2 Teoria Psicodinâmica	12
1.5 Curso e Prognóstico	19
1.6 Tratamento	21
1.6.1 Tratamento farmacológico	22
1.6.2 Terapia Cognitiva-Comportamental	25
1.6.3 Terapia Psicodinâmica	26

2 MECANISMOS DE DEFESA	31
2.1 Os Mecanismos de Defesa: Conceito e Classificação	31
2.2 Avaliação dos Mecanismos de Defesa: O <i>Defensive Style Questionnaire</i>	37
2.3 Os Mecanismos de Defesa nos Transtornos de Ansiedade	43
3 HIPÓTESES	49
4 OBJETIVOS	50
4.1 Geral	50
4.2 Específicos	50
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
7 ARTIGOS	65
7.1 Artigo 1 - Versão em Inglês	66
7.2 Artigo 1 - Versão em Português	88
7.3 Artigo 2 - Versão em Inglês	110
7.4 Artigo 2 - Versão em Português	130
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
APÊNDICE A – Glossário de Mecanismos de Defesa do DSQ	152
APÊNDICE B – Consentimento Informado Pacientes	157
APÊNDICE C – Consentimento Informado Controles	159
APÊNDICE D – Questionário Dados Gerais Pacientes	161
APÊNDICE E – Questionário Dados Gerais Controles	163
ANEXO A – Inventário do Pânico, Impressão Clínica Global (CGI) e HAM – A	165

ANEXO B – <i>Defense Style Questionnaire (DSQ)</i>	169
ANEXO C – <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	
(MINI)	175

LISTA DE ABREVIATURAS

5 HT	Serotonina
APA	Associação Psiquiátrica Americana
BZD	Benzodiazepínico
CGI	Impressão Clínica Global
CID	Classificação Internacional das Doenças
CO ₂	Gás Carbônico
DMRS	Defense Mechanism Rating Scale
DMTm	Defense Mechanism Test
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DSQ – 40	Defense Style Questionnaire
GABA	Ácido- γ -aminobutírico
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IMAO	Inibidor da Monoaminoxidase
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TP	Transtorno do Pânico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Psicodinâmico de Shear e colaboradores.	16
 Artigo 2 – Versão em Inglês	
Figure 1. Defense Mechanisms used by patients with panic disorder at baseline and after treatment .	129
 Artigo 2 – Versão em Português	
Figura 1. Mecanismos de Defesa usados por pacientes com Transtorno do Pânico no basal e após o tratamento.	150

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 – Versão em Inglês

Table 1. Defense Mechanisms used by patients with panic disorders and controls	85
Table 2. Defense Mechanisms according to the severity in the panic patients and controls	86
Table 3. Defense Mechanisms according to co morbidity with depression and severity of the panic disorder compared to controls (ANOVA)	87

Artigo 1 – Versão em Português

Tabela 1. Mecanismos de defesa usados por pacientes com transtorno do pânico e controles	106
Tabela 2. Mecanismos de defesa de acordo com a gravidade nos pacientes com transtorno do pânico e controles	107
Tabela 3. Mecanismos de defesa conforme co-morbidade com depressão e gravidade do transtorno do pânico	

comparados com controles (ANOVA). **108**

Artigo 2 – Versão em Inglês

Table 1. Defense Mechanisms in panic disorder patients
compared to controls at baseline and after 4 months. **128**

Artigo 2 – Versão em Português

Tabela 1. Mecanismos de defesa em pacientes com transtorno
do pânico comparados a controles, no basal e após
4 meses. **149**

DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

Eventos

- Pôster na XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica, no XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Tema Livre na 20ª Semana Científica do HCPA, 2000: **“Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico na Vida Adulta e Sua Relação com Comorbidades, História de Comportamento Inibido e Transtornos de Ansiedade na Infância”**
- Pôster no XIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, VIII Jornada Regional de Psiquiatria da Região Sul e Tema Livre na 21ª Semana Científica do HCPA, 2001: **“Avaliação dos Mecanismos de Defesa através do DSQ-40 utilizados pelos Pacientes com Transtorno do Pânico e Fobia Social”**
- Pôster no XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Tema Livre na XXI Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica e na 22ª Semana Científica do HCPA, 2002: **“Uso de Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico e Sua Associação com Gravidade”**
- Conferência no Encontro Trastornos de Ansiedad – Investigaciones sobre su Psicopatologia – Montevideo,2002: **“Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtornos de Ansiedade”**

- Pôster no *Annual Meeting da American Psychiatric Association*, São Francisco, EUA, 2003: ***“Defense Mechanisms in Panic Disorder Patients Before and After Treatment”***.

Publicações em anais

- Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico na Vida Adulta e Sua Relação com Co-morbidades, História de Comportamento Inibido e Transtornos de Ansiedade na Infância. In. XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2000, Rio de Janeiro Livro de Resumos, p. 119.
- Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico na Vida Adulta e Sua Relação com Co-morbidades, História de Comportamento Inibido e Transtornos de Ansiedade na Infância. In. 20ª Semana Científica do HCPA, 2000, Porto Alegre Anais.
- Avaliação dos Mecanismos de Defesa através do DSQ-40 Utilizados pelos Pacientes com Transtorno do Pânico e Fobia Social. In. XIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2001, Recife Livro de Resumos, p. 27.
- Uso de Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico e Sua Associação com Gravidade. In. XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2002, Florianópolis Livro de Resumos, p.211.
- *Defense Mechanisms in Panic Disorder Patients Before and After Treatment*. In. *American Psychiatric Association, Annual Meeting*, 2003, São Francisco, EUA, *New Research Abstracts*, p. 6.

Publicações artigos resumidos em periódicos

- Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico e Fobia Social. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 22, n.3, p. 246, 2000.
- Uso de Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico e Sua Associação com Gravidade. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. supl. II, p.35, 2002.

Publicação artigo em periódico

- *Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity.* Artigo aceito para publicação na revista ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 2003.

Premiações

- **“Melhor Pôster”** na XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica, 2000: “Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico na Vida Adulta e Sua Relação com co-morbidades, História de Comportamento Inibido e Transtornos de Ansiedade na Infância”
- **“Prêmio Jovem Psiquiatra”** da Associação Brasileira de Psiquiatria, no XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2002: “Uso de Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico e Sua Associação com Gravidade”

RESUMO

Os mecanismos de defesa representam uma dimensão importante da estrutura da personalidade e do funcionamento psicodinâmico, sendo uma das formas de medir como o indivíduo habitualmente responde aos estressores. O estudo dos mecanismos de defesa utilizados por pacientes com Transtorno do Pânico (TP) pode ter utilidade no entendimento e no tratamento desse transtorno. O objetivo deste trabalho é o de avaliar os mecanismos de defesa do ego, nos pacientes com TP, e sua associação com gravidade, resposta ao tratamento e alteração pós tratamento.

Sessenta pacientes com TP e 31 controles participaram da primeira fase do trabalho. O *Mini International Neuropsychiatric Interview* foi usado para confirmar o diagnóstico de TP e estabelecer o diagnóstico de co-morbidades. A Impressão Clínica Global (CGI) foi usada para avaliar a gravidade do TP e o *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) foi usado para avaliar os mecanismos de defesa. Em uma segunda etapa, 33 pacientes com TP sintomáticos e 33 voluntários normais foram avaliados com os mesmos instrumentos, aplicados no início do estudo e após 16 semanas. Os pacientes receberam durante esse período tratamento farmacológico com sertralina.

Ambos os estudos demonstraram que pacientes com TP utilizam mais defesas neuróticas e imaturas comparados ao grupo controle. Os pacientes com pânico grave (CGI>4) apresentaram maior co-morbidade com depressão atual e usaram mais defesas imaturas do que os pacientes com CGI \leq 4 (média=4.2 vs. 3.5; p<0.001). Após 4 meses de tratamento, houve diminuição no uso de defesas

neuróticas (4.6 vs. 4.2; $p=0.049$) e imaturas (3.6 vs. 3.4 $p=0.035$) no grupo de pacientes. Pacientes que usavam mais defesas neuróticas e imaturas apresentaram pior resposta ao tratamento.

Pacientes com TP usaram mais defesas mal-adaptativas quando comparados ao grupo controle, no basal e após 4 meses. O uso de defesas neuróticas e imaturas está associado à gravidade do TP e à pior resposta ao tratamento. Os mecanismos de defesa são, então, parte de uma maneira estável do indivíduo lidar com conflitos, mas também são influenciados pelo estado agudo da doença.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico espontâneos e recorrentes, que se seguem, por pelo menos um mês, pela preocupação persistente em relação a ter um novo ataque (ansiedade antecipatória), suas conseqüências, e por uma significativa alteração comportamental em função dos ataques. Esse transtorno é freqüentemente complicado por evitação fóbica de locais ou situações em que previamente ocorreu um ataque de pânico ou de onde é difícil escapar ou obter ajuda no caso de ocorrer um novo ataque (APA, 1994).

Estudos epidemiológicos relatam uma prevalência ao longo da vida entre 1,5 a 3,5% para o TP, com um predomínio em mulheres duas a três vezes maior do que nos homens. Os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos no Brasil (Almeida et al., 1992). Em Porto Alegre, a prevalência é de 9,6%. O TP inicia-se mais comumente na idade de adulto jovem ou entre a terceira e quarta década de vida, mas pode desenvolver-se em qualquer idade (Kessler et al., 1994). Pode ser considerado um problema de saúde pública em função da grande utilização dos serviços hospitalares, perda

da produtividade do indivíduo e diminuição da sua qualidade de vida (Marshall, 1997).

Diversos fatores têm sido implicados na etiologia do TP, dentre eles, fatores biológicos, genéticos, psicossociais, cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos.

Embora a maioria dos pacientes identifique um fator precipitante relacionado ao início da sua patologia (Uhde et al., 1985; Faravelli, 1985; Manfro et al., 1996), o TP persiste mesmo após o desaparecimento deste estressor, evidenciando-se, assim, uma doença de curso crônico, alta morbidade e grande impacto negativo na qualidade de vida (Pollack & Smoller, 1995).

De fato, o que as pesquisas têm demonstrado, é que o TP, em geral, tem um curso crônico. Muitos estudos já confirmaram a efetividade dos tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais para o TP, no entanto, muitos pacientes seguem sintomáticos, apresentam recaídas ou remissão parcial da doença. Alguns estudos evidenciaram que, após vários anos de tratamento, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, 40 a 50% estão melhores mas ainda sintomáticos, e 20 a 30% apresentam-se iguais ou piores. Outros estudos de seguimento mostraram que o TP pode apresentar um curso crônico em até 88% dos pacientes (APA, 1994; Gorman, 2000 ; Pollack, 1990).

Em função da prevalência, morbidade e cronicidade, torna-se importante o estudo e a compreensão dos diversos aspectos da apresentação clínica e tratamento do TP. Além disso, atualmente percebe-se a importância de

identificar possíveis fatores que possam estar relacionados com a cronicidade da doença, para a formulação de tratamentos de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, identificando pacientes para os quais possam estar indicadas intervenções associadas aos tratamentos farmacológicos (Starcevic, 1998).

Dentre os fatores que têm sido estudados, que podem contribuir para a severidade e cronicidade dos sintomas, estão: co-morbidades com outros transtornos de ansiedade, co-morbidade com depressão, transtornos de personalidade e fatores psicodinâmicos, presença de transtornos de ansiedade na infância, abuso de substâncias, dentre outros (Pollack, 1990; Pollack, 1995).

Os fatores psicodinâmicos têm sido pouco pesquisados e utilizados no diagnóstico dos transtornos psiquiátricos, provavelmente devido ao fato de que o sistema classificatório atual utilizado para o diagnóstico psiquiátrico, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, 1994, não os utiliza e também devido ao fato de que apenas recentemente começou-se a testar e padronizar instrumentos mais adequados para classificá-los. Entretanto, diversos estudos demonstram que o conhecimento dos fatores psicodinâmicos têm se mostrado importante na avaliação e no tratamento dos transtornos psiquiátricos tanto em adultos quanto em crianças (Karasu & Skodol, 1980; Perry & cols., 1987; Shapiro, 1989). Investigações epidemiológicas também têm evidenciado a importância, na gênese de sintomas neuróticos, dos fatores de personalidade, eventos de vida estressores, perda de controle e do suporte social (Andrews, 1989).

Os mecanismos de defesa representam uma dimensão importante da estrutura da personalidade e do funcionamento psicodinâmico e, por definição, estão envolvidos no controle da ansiedade e outros estados afetivos, e na determinação de padrões de comportamento, sendo uma das formas de medir como o indivíduo habitualmente responde aos estressores e que comportamentos internos ou externos adota.

O estudo dos mecanismos de defesa utilizados por pacientes com TP pode ter utilidade no entendimento e no tratamento desse transtorno. No entanto, são recentes os trabalhos que se dedicam à pesquisa sistemática dos mecanismos de defesa através de instrumentos confiáveis e padronizados. Alguns estudos mostram que pacientes com TP parecem utilizar um perfil de mecanismos de defesa mais mal-adaptativo em comparação a indivíduos normais (Pollock & Andrews, 1989; Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997).

Apesar dos recentes avanços na pesquisa dos aspectos neurobiológicos e cognitivo-comportamentais do TP, ainda não se consegue explicar completamente a fisiopatologia, a etiologia e a adequação dos tratamentos aos fatores que podem influenciar na cronicidade da doença. Tornam-se, então, necessários estudos que visem a uma melhor compreensão dos fatores psicodinâmicos que possam estar associados à etiologia ou ao prognóstico dos pacientes com TP, bem como estudos que demonstrem o que é possível avaliar enquanto o paciente está sintomático.

O objetivo deste trabalho é o de avaliar um aspecto da dimensão da personalidade e do perfil de funcionamento psicodinâmico: os mecanismos de defesa do ego, nos pacientes com TP, e sua associação com gravidade, resposta ao tratamento e cronicidade.

1.1 Apresentação Clínica

O Transtorno do Pânico, como uma entidade nosológica individual, teve seu surgimento a partir do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental), em 1980. O TP foi definido como: “o início súbito de uma intensa preocupação, medo ou terror, freqüentemente associado com sentimentos de catástrofe iminente”, acompanhados de sintomas físicos e afetivos. Estes critérios foram mantidos no DSM III-R, de 1987 (Barlow & Cerny, 1999). O reconhecimento pelo DSM IV que o ataque de pânico também pode ocorrer fora do Transtorno de Pânico foi uma evolução importante em relação ao diagnóstico (Marshall, 1997).

O TP é uma entidade nosológica distinta presente dentro dos quadros clínicos de transtornos de ansiedade. Nestes quadros clínicos, a ansiedade é o sintoma predominante e é considerada patológica, podendo produzir respostas de comportamento estereotipado, como evitação e agorafobia.

De acordo com o DSM IV (APA, 1994), o paciente com TP quando apresenta ataques de pânico freqüentes e graves, associados ao desenvolvimento

de ansiedade antecipatória, ou seja, o medo de ter um novo ataque, pode passar a evitar situações que ele associa com os ataques, levando a um comportamento fóbico e evitativo. Quando esse comportamento se acentua, o paciente torna-se agorafóbico. A agorafobia, por sua vez, consiste no medo que o paciente experimenta quando está em locais ou situações das quais possa ser difícil sair ou obter auxílio no caso de ocorrer um ataque de pânico. Como resultado há restrições quanto a viagens, freqüentar lugares públicos, multidões ou a necessidade de companhia para sair de casa (Katon, 1991).

Entretanto, segundo a classificação diagnóstica descrita no CID 10 (Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição), quando o ataque de pânico ocorre apenas na presença de uma situação fóbica estabelecida, ele é considerado como uma expressão da gravidade desta fobia, à qual deve ser dada a precedência diagnóstica. O TP deve ser o diagnóstico principal somente na ausência de fobia (OMS, 1993).

1.2 Epidemiologia

A prevalência do TP durante toda a vida, com ou sem agorafobia, situa-se entre 1,5 e 3,5%. As taxas de prevalência anual estão entre 1 e 2%. Cerca de um terço, até metade dos indivíduos diagnosticados com TP em amostras comunitárias também tem agorafobia, embora uma freqüência muito superior de agorafobia seja encontrada em amostras clínicas (APA, 1994).

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

O TP pode, então, ser considerado uma entidade freqüente e questão de saúde pública, uma vez que o uso dos serviços primários pelos portadores deste transtorno é três vezes maior que o da população em geral (Roy-Byrne et al., 1999). Entre os pacientes com transtornos de ansiedade, são justamente os com TP que mais utilizam os recursos de saúde e apresentam o maior custo social (Mccuster et al., 2000).

1.3 Critérios Diagnósticos

Segundo a 4^a edição do DSM (APA, 1994) e a Classificação Internacional das Doenças, 10^a edição (CID 10, 1993), o TP caracteriza-se pela presença de ataques espontâneos, recorrentes, que atingem o pico máximo em até 10 minutos e são acompanhados por uma sensação de medo iminente ou urgência para escapar, em que um dos ataques, durante um período de pelo menos 1 mês, foi seguido por :

- Preocupação persistente com a possibilidade de ter um novo ataque,

- Preocupação com as implicações do ataque e suas conseqüências (perda do controle, ter um “ataque cardíaco”, ou “ficar louco”),
- Uma alteração significativa no comportamento em função dos ataques.

De acordo com os critérios estabelecidos nas publicações acima citadas, os ataques de pânico não ocorrem como uma conseqüência de efeitos fisiológicos diretos de alguma substância ou condição médica, assim como não são sintomas de outro transtorno mental como fobia social, fobia simples, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático ou ansiedade de separação (APA, 1994). Para o diagnóstico, segundo o DSM-IV, o paciente deve ter vivenciado ataques espontâneos, embora com o desenvolvimento da doença, os ataques possam passar a ser situacionais.

1.4 Etiologia

Diversos são os fatores que têm sido implicados na etiologia do TP, dentre eles: biológicos, genéticos, psicológicos, cognitivos e ambientais (Katon,1991; Goddard & Charney, 1997). A seguir veremos os principais fatores e hipóteses causais que vêm sendo estudadas para o TP.

1.4.1 Fatores Biológicos e Genéticos

Evidências sugerem que o TP no adulto pode ser a manifestação de uma vulnerabilidade constitucional subjacente ou diátese para ansiedade que é herdada geneticamente e expressa de forma variável ao longo da vida (Pollack & Smoller, 1995).

Kagan et al. (1988) examinaram o curso de crianças que apresentaram temperamento inibido, que é caracterizado por irritabilidade e cólica nos bebês, seguida por timidez e medo na infância. Crianças com temperamento inibido apresentam maiores taxas de ansiedade e esta aumenta com a idade, sugerindo uma diátese de ansiedade subjacente que tem sua expressão aumentada no decorrer do tempo (Biederman et al., 1990). As crianças filhas de pais com TP manifestam mais temperamento inibido (Rosenbaum et al., 1988) e pais de crianças com temperamento inibido têm maiores índices de transtorno de ansiedade na infância e vida adulta, sugerindo mais uma vez que o temperamento inibido está ligado a uma predisposição familiar para transtorno de ansiedade (Rosenbaum, 1993).

Os dados retrospectivos de pacientes adultos com TP evidenciam uma ligação entre as condições de ansiedade psicopatológica na infância e vida adulta (Pollack et al., 1996, Manfro et al, 2002). Em um estudo recente foi observado que 54% dos pacientes com TP apresentavam história de ansiedade de separação, ansiedade generalizada e fobia social na infância. A presença destes transtornos na infância não parece exercer influência na remissão do TP, porém estavam relacionados com a presença de agorafobia, evitação e comorbidades que são determinantes críticos de cronicidade (Pollack et al., 1996).

Os estudos com gêmeares fornecem alguma indicação do papel relativo da herança e do ambiente comum. No estudo de Torgersen (1983) encontrou-se uma concordância para TP mais alta entre os gêmeos monozigóticos (31%) do que entre os dizigóticos (0%), o que constitui uma forte indicação da presença de fatores genéticos predisponentes. Por outro lado, a observação de que somente 31% dos gêmeos monozigóticos são concordantes quanto ao TP sugere influências ambientais no desenvolvimento do mesmo.

Em conjunto, os fatores genéticos, ambientais e os antecedentes psicopatológicos são componentes importantes para o início do TP que começa, muitas vezes, no contexto dos eventos vitais estressantes (Katon, 1991).

Várias alterações biológicas têm sido descritas na gênese do TP, incluindo alterações no sistema noradrenérgico, serotoninérgico, gabaérgico e quimiorreceptores.

O sistema noradrenérgico parece estar relacionado com a etiologia da doença do pânico, pois dados experimentais demonstraram um aumento na reatividade deste sistema neurotransmissor nos pacientes com TP.

As evidências de que o sistema gabaérgico (GABA) participa na fisiopatologia da ansiedade provém de estudos que observaram que indivíduos normais experimentam ansiedade quando sob ação de agentes agonistas inversos do receptor de benzodiazepínico (BZD) (Graeff, 1997).

A grande frequência de co-morbidades entre TP e depressão fez com que se formulassem hipóteses sobre o envolvimento da serotonina nos pacientes portadores dessa patologia. Sabe-se que antidepressivos que bloqueiam a recaptção da serotonina são eficazes no tratamento de quadros depressivos, possuindo também uma já conhecida ação antipânico. Foi sugerido, então, que alterações desse neurotransmissor estivessem relacionadas com o TP. Deakin e Graeff (1991) descrevem que as vias serotoninérgicas responsáveis por inervar a matéria cinzenta periaquedutal poderiam estar relacionadas com o TP, mediada por receptores 5HT_{2A/2C} e 5HT_{1A}.

Klein (1993) elaborou a teoria do alarme de sufocação onde sugere que aumento nos níveis de lactato e CO₂ estão associados a sufocação, ou seja, pacientes com TP frente a pequenas variações nos níveis de lactato e CO₂ disparariam este alarme de sufocação.

1.4.2 Fatores Psicológicos (ou Psicossociais)

As hipóteses psicológicas para a etiologia do TP podem ser divididas em duas: cognitiva-comportamentais e psicodinâmicas.

1.4.2.1 Teoria cognitiva-comportamental

Vários estudos psicológicos sobre o TP seguem a teoria cognitivo-comportamental. Segundo Clark (1986), os ataques de pânico derivam de

interpretações catastróficas erradas de certas manifestações corporais. A suposição é centralizada no processamento inadequado de informações vindas de um estímulo externo (ruído, luminosidade) ou interno (sensação de taquicardia, sudorese, vertigem). A interpretação seria de perigo iminente que dispararia ou intensificaria as sensações corporais confirmando, assim, o “perigo”, gerando mais interpretações catastróficas e ansiedade em uma espiral crescente e rápida.

O modelo de Barlow (1988) amplia este conceito. Para este autor, o ataque de pânico inicial é um “alarme falso” quando ocorre um aumento momentâneo do nível de estresse da vida. Só que este “alarme” ocorreria em indivíduos biológica (herança genética) ou psicologicamente (sensibilidade a sintomas de ansiedade) vulneráveis. Esta teoria também salienta a influência dos fatores sócio-culturais para o surgimento da agorafobia, onde o medo estaria associado aos estímulos ambientais. Após o primeiro ataque, a pessoa torna-se apreensiva em relação a ataques futuros. Para Barlow, o medo primário no TP é o medo das sensações físicas, particularmente as associadas à ativação autonômica.

1.4.2.2 Teoria psicodinâmica

Alguns autores dedicaram-se ao estudo dos fatores psicodinâmicos que podem estar associados ao início do TP ou a uma maior vulnerabilidade psicológica ao transtorno. Esses autores sugerem que uma abordagem

psicodinâmica pode acrescentar na compreensão dos pacientes com TP (Mihaljevic ZV, 1998).

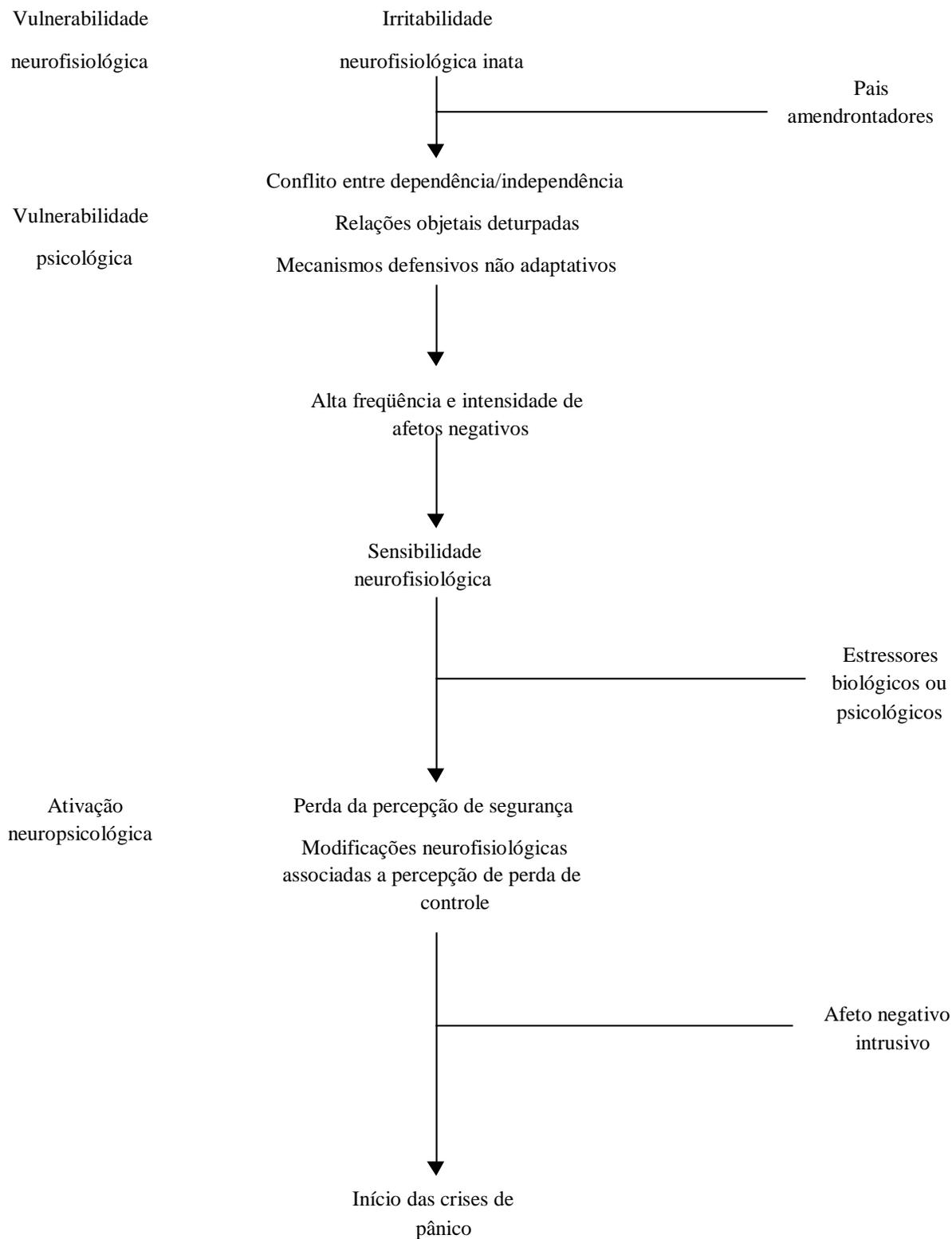
Um estudo realizado a partir de entrevistas não estruturadas, verificou que os pacientes com TP descreviam-se como crianças medrosas, nervosas e tímidas, lembravam de seus pais como pessoas brabas, críticas, amedrontadoras e controladoras, indicavam sentir desconforto com os sentimentos agressivos, apresentavam sentimentos crônicos de baixa auto-estima e apresentavam estressores relacionados à frustração e ressentimento que precediam o início do TP (Shear & cols., 1993).

Shear, Cooper, Klerman, Busch & Shapiro (1993) sugeriram, então, um modelo de entendimento psicodinâmico para o TP no qual uma vulnerabilidade neurofisiológica inata predispõe ao medo precoce em relação a situações não familiares, que juntamente com a exposição a comportamentos paternos amedrontadores e controladores, predispõe o indivíduo a distúrbios nas relações objetais e a uma resolução incompleta dos conflitos entre dependência e independência. Esse conflito é um problema que segundo os autores é freqüentemente observado em pacientes com TP, levando ao medo de sentir-se preso, sufocado e incapaz de escapar, por um lado, e por outro, de sentir-se sozinho, de ser sensível à separação e incapaz de conseguir ajuda. A evitação de situações não familiares impede que o paciente aprenda a avaliar os perigos e ameaças adequadamente, e que desenvolva defesas mais adaptativas. Em função disso, os autores postulam que esses pacientes permaneceriam com defesas mais imaturas e focalizadas na questão de manter uma distância que seja

tolerável em relação aos outros. Uma consequência das fantasias, facilmente ativadas nesses pacientes, de sentirem-se sozinhos, abandonados ou presos e sufocados, é a tendência a reagir com raiva e/ou culpa a desafios psicológicos interpretados como ameaças de separação ou aprisionamento. Afetos negativos (como ansiedade, culpa, vergonha e raiva) são sentidos como ameaçadores e, então, incrementam a ansiedade. Essa ansiedade poderia aumentar a intensidade do afeto e levar a uma tendência a evitar o conhecimento do próprio afeto e/ou do que o provoca. A combinação de vulnerabilidade neurofisiológica constitucional à exposição crônica a afetos altamente negativos pode “sensibilizar” mais o cérebro, incrementando a vulnerabilidade fisiológica ao pânico. Os esforços para ignorar os afetos negativos podem significar que os aspectos somáticos desses afetos se tornem o foco de atenção e o estímulo para a catastrofização cognitiva consciente ou inconsciente. Esse modelo hipotetiza uma ligação entre o medo de sensações corporais e um prejuízo subjacente na regulação da auto-estima, e propõe uma relação entre vulnerabilidade ao pânico e medo constitucional, em conjunção com uma falha parental para modular esse medo. Os autores sugerem que sensações físicas menores ou leves provoquem pânico porque elas se originam de afetos negativos altamente ameaçadores, que as defesas, que permaneceram imaturas, são incapazes de controlar. No entanto, os próprios autores concluem que as premissas maiores desse modelo ainda precisam ser testadas e que apesar das dificuldades encontradas na pesquisa da teoria psicodinâmica, alguns pesquisadores vêm desenvolvendo métodos que têm gerado dados interessantes, como a avaliação de mecanismos de defesa através de questionários ou entrevistas. O modelo desses autores preveria que pacientes com TP usariam

mais defesas imaturas do que grupos de indivíduos normais e que o padrão específico de mecanismos de defesa diferiria de outros pacientes psiquiátricos, o que vem encontrando suporte em algumas pesquisas recentes, que serão mostradas a seguir (Shear & cols., 1993), (Figura 1).

Figura 1. Modelo psicodinâmico de Shear e colaboradores (1993).



Alguns autores parecem concordar com o modelo proposto acima, especialmente apontando a dificuldade dos pacientes com TP de estar conscientes da ansiedade. Esse fenômeno representaria uma tentativa de evitar conteúdos psíquicos dolorosos (por exemplo, medo de perder o controle de impulsos agressivos ou medo da perda do objeto ou do amor e aprovação do objeto). Isso leva a uma situação em que esses pacientes se sentem fora do controle porque eles não entendem o que estão sentindo. Como não têm uma “linguagem afetiva” para descrever o que estão experimentando, retornam para uma expressão somática de experiências de emoções (Schwartz V, 1994). No entanto, críticos a esse modelo apontam para o fato de que poucos são os estudos metodologicamente bem conduzidos e com grupo controle que visem corroborar essa teoria (Hillard JR, 1994).

Alguns estudos que procuraram avaliar a percepção dos pacientes com TP em relação aos cuidados e estilos parentais, parecem corroborar a teoria acima descrita. Faravelli & cols. (1991) compararam essa questão entre 32 pacientes com TP e 32 indivíduos controles e verificaram que em relação ao grupo controle, os pacientes com pânico identificavam significativamente mais os pais como tendo sido menos cuidadosos e mais superprotetores. Além disso, a consistência das atitudes parentais entre os dois pais foi significativamente menor, indicando menor uniformidade das atitudes entre os pais. Wiborg & Dahl (1997) examinaram a questão em 45 pacientes com TP e 116 controles e demonstraram que, nessa amostra, também os pacientes com pânico com agorafobia relataram significativamente menos cuidado e mais proteção dos pais do que os controles.

Busch, Milrod & Singer (1999) descrevem, dentre as características de pacientes com TP, que eles apresentam uma dificuldade intensa em tolerar e modular sentimentos e pensamentos agressivos e de raiva. Para esses autores, os pacientes com TP utilizam freqüentemente as defesas de formação reativa, anulação e negação, representando esforços para negar a raiva e para fazer tentativas de compensações através de sentimentos positivos.

Determinados estudos sugerem que pacientes com TP apresentam uma certa vulnerabilidade psicológica que precede o início do transtorno (Roy-Byrne & cols., 1986; Rappe & cols., 1990; Manfro & cols., 1996). Um fator que tem sido apontado com importância em alguns estudos é a verificação de como as pessoas habitualmente respondem aos estressores, que tipos de comportamento adotam, que poderiam reduzir ou agravar o fator estressor (Andrews, 1989).

Roy-Byrne & cols. (1986) examinaram os eventos de vida durante o ano que antecedeu o início dos ataques de pânico em 44 pacientes com TP e 44 controles normais. Os pacientes tinham significativamente mais eventos de vida estressantes e esses eventos tiveram um impacto adverso maior nos pacientes em relação ao grupo controle. Os pacientes percebiam mais os eventos como extremamente incontroláveis, indesejáveis ou como causando uma perda importante da auto-estima.

Manfro & cols. (1996) examinaram a incidência de eventos de vida significativos durante o ano anterior ao início do TP em 223 pacientes com TP. Eventos de vida negativos foram encontrados em 80% dos pacientes com TP e

pacientes com uma história de ansiedade na infância e co-morbidade com depressão na vida adulta tinham maior probabilidade de relatar um evento de vida estressante antecedente ao início do TP. A presença de história de ansiedade na infância tem sido hipotetizada como uma manifestação precoce de uma diátese de ansiedade que pode se expressar numa variedade de transtornos de ansiedade na vida adulta. Isso pode refletir uma maior sensibilidade desses indivíduos aos efeitos de estressores de vida negativos.

1.5 Curso e prognóstico

As pesquisas têm demonstrado que o TP, em geral, tem um curso crônico (Pollack & Marzol, 2000). Alguns pacientes podem apresentar episódios da doença com anos de intervalo em remissão, enquanto outros podem ter sintomas graves contínuos. Mesmo com a confirmação da efetividade dos tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais para o TP, muitos são os pacientes que seguem sintomáticos ou que apresentam recaídas ou remissão parcial da doença. Alguns estudos naturalísticos de seguimento evidenciaram que, após 6 a 10 anos de tratamento, cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos, 40 a 50% estão melhores mas ainda sintomáticos, e 20 a 30% apresentam-se iguais ou piores. Outros estudos de seguimento mostraram que o TP pode apresentar um curso crônico em até 88% dos pacientes (APA, 1994; Gorman, 2000; Pollack, 1990; Starcevic et al., 1998; Roy-Byrne et al., 1999). Em outros estudos, dependendo da metodologia e variáveis avaliadas, 30 a 80% dos

pacientes encontravam-se em remissão 6 meses a 7 anos após tratamento. Uma revisão de estudos publicados avaliando a resposta a longo prazo do tratamento do pânico, apontou para o fato de que, embora a maioria dos pacientes tivesse melhorado com o tratamento, relativamente poucos pacientes experimentaram uma remissão total e persistente. Cerca de 50% dos pacientes continuavam a apresentar ataques de pânico após um ano do início do tratamento, enquanto dois terços permaneciam com evitações e 50% permaneciam com prejuízo no funcionamento (Roy-Byrne & Cowley, 1995; Pollack & Marzol, 2000).

Dentre os fatores apontados como contribuintes para a cronicidade dos sintomas, estão: co-morbidades com outros transtornos de ansiedade, co-morbidade com depressão, transtornos de personalidade e fatores psicodinâmicos, presença de transtornos de ansiedade na infância, abuso de substâncias, dentre outros (Pollack, 1990; Black et al., 1994; Pollack, 1995; Lecrubier, 1998).

Esses pacientes tem uma percepção empobrecida de sua saúde física e das suas condições emocionais, com aumento do risco para abuso de álcool, problemas financeiros e de relações interpessoais. Muitos estudos têm demonstrado o impacto negativo do TP no funcionamento físico, social e prejuízo na qualidade de vida (Pollack & Marzol, 2000).

Entre as complicações da doença são freqüentes a ansiedade antecipatória persistente, evitação fóbica, co-morbidade com outras doenças de ansiedade, depressão, abuso de álcool e drogas, desordens somatomórficas e

hipocondríase, além de aumento da morbidade em função de arritmias e suicídio (Pollack & Smoller, 1995).

Além disso o TP tem sido associado a um alto custo social. Em torno de 30% dos pacientes com pânico são atendidos em emergências hospitalares, sendo 12,6 vezes mais prováveis de procurar este tipo de serviço do que a população em geral. As visitas médicas, por ano, são sete vezes mais freqüentes que a população em geral. Os sintomas físicos do TP podem mimetizar doenças cardiorespiratórias, gastrointestinais e otoneurológicas. Os portadores do pânico não tratado apresentam um alto grau de prejuízo funcional: como faltas ao emprego e diminuição da produtividade do trabalho em casa, com conseqüente dependência financeira e alta taxas de utilização do serviço de saúde pública (Marshall, 1997; Roy-Byrne et al., 1999).

1.6 Tratamento

A maioria das pesquisas relacionadas ao tratamento do TP concentram-se nos tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais. Poucos são os estudos que foram conduzidos no sentido de avaliar se a terapia psicodinâmica apresenta ou não um papel importante no tratamento do TP ou em que contexto estaria indicada.

No entanto, ainda não existem dados definitivos quanto ao ajuste ideal de determinados pacientes a tratamentos específicos (Fyer et al., 1999).

Recomenda-se que o terapeuta forneça ao paciente informações sobre as alternativas de tratamento, salientando as vantagens e desvantagens de cada uma e a opção deve ser feita em conjunto, levando em consideração a história e preocupações específicas do indivíduo.

Fazem-se necessárias mais pesquisas na área com diferentes enfoques na tentativa de encontrar estratégias efetivas que modifiquem positivamente o curso da doença.

1.6.1 Tratamento farmacológico

Os antidepressivos e os benzodiazepínicos de alta potência são os principais psicofármacos utilizados no tratamento do TP. Os psicofármacos atuam principalmente no bloqueio dos ataques de pânico e no tratamento das comorbidades associadas ao TP. As medicações mais utilizadas no TP, em função de sua eficácia comprovada em ensaios clínicos randomizados e baixo perfil de efeitos adversos são os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), como: fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram (den Boer, 1998; Sheehan, 1999; Manfro, 2000).

Os ISRS, em monoterapia ou em combinação com benzodiazepínicos, são considerados o tratamento de primeira escolha pela maioria das pesquisas recentes na área do TP (Gorman, 1997; Sheehan, 1999).

Os tricíclicos, principalmente a imipramina e a clomipramina, têm eficácia comprovada em ensaios clínicos controlados, porém estes antidepressivos ficam como uma segunda opção devido aos efeitos adversos, especialmente anticolinérgicos e cardiovasculares, que podem levar a má adesão ao tratamento (Gorman, 1997; Fyer et al., 1999; Sheehan, 1999).

Os benzodiazepínicos (BZD) de alta potência (clonazepan, alprazolam) podem ser utilizados sozinhos ou em combinação com os ISRS, principalmente nas primeiras semanas de tratamento, uma vez que os antidepressivos tipicamente levam de 3 a 6 semanas para mostrar seus benefícios. Estudos sugerem que a associação entre estas duas classes de medicamentos produz rápida estabilização do quadro, alívio do aumento de ansiedade induzido pelo ISRS, sem a ocorrência de tolerância e dependência, uma vez que a recomendação é usar o BZD por 4 semanas, com retirada lenta nas semanas seguintes (Spiegel & Bruce, 1997).

Na escolha, monitorização ou combinações das medicações indicadas para o tratamento do TP também é importante a identificação de comorbidades. Outros medicamentos podem ser tentados em pacientes refratários, como: inibidores da monoaminoxidase (IMAO), anticonvulsivantes (ácido valpróico, carbamazepina), venlafaxina e mirtazapina (Manfro, 2000).

Sertralina

Dentre os ISRS que apresentam boa eficácia no tratamento do TP encontra-se a sertralina, sendo esta a medicação escolhida no presente trabalho

no tratamento do TP, em função de ter sua eficácia comprovada e para assegurar que todos os pacientes recebessem a mesma medicação.

A sertralina foi aprovada em 1997 pelo FDA (U.S. Food and Drug Administration) para o tratamento do TP.

Diversos ensaios clínicos randomizados, controlados contra placebo já foram realizados com a sertralina (Pollack et al. 1998; Lønborg et al. 1998; Pohl et al. 1998; Rapaport et al. 1998). Na maioria dos estudos as doses utilizadas da medicação ficaram entre 50 e 200 mg/dia. Os estudos evidenciam que a sertralina apresenta uma eficácia significativa no tratamento do TP em relação ao placebo, com uma diminuição significativa da frequência dos ataques de pânico. Alguns estudos também evidenciaram melhora em outras medidas como a Impressão Clínica Global (CGI), Escala Hamilton de Ansiedade e outras escalas que medem a gravidade dos sintomas e qualidade de vida. Além disso, os estudos indicam que a sertralina foi uma medicação bem tolerada pelos pacientes (Pollack et al. 1998; Lønborg et al. 1998; Pohl et al. 1998; Rapaport et al. 1998; Rapaport et al. 2000; Rapaport et al. 2001; Sheikh et al. 2000; Yacubian et al. 2001; Pollack et al. 2002). Estudo realizado por Pollack et al. (2000) também indicou que a sertralina é geralmente efetiva, mesmo quando os pacientes apresentam características clínicas que têm sido associadas com pobre resposta ao tratamento (como presença de agorafobia, duração da doença maior do que dois anos, sexo feminino e gravidade do TP). À longo prazo, a sertralina tem sido efetiva em prevenir recaída do TP, é bem tolerada e é associada com sintomas pequenos de descontinuação (Rapaport et al. 2001).

A combinação da sertralina com BZDs de alta potência no tratamento agudo do TP também tem sido pesquisada. Alguns dados indicam que uma estabilização mais rápida dos sintomas do pânico pode ser alcançada de forma segura com a combinação sertralina/clonazepan em relação à sertralina individualmente (Goddard et al. 2001). Além disso, a eficácia da sertralina parece não ser afetada pela presença de tratamento prévio com BZDs (Rapaport et al. 2001).

1.6.2 Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma modalidade terapêutica indicada para pacientes com TP que apresentam resposta parcial ao tratamento farmacológico, ou seja, permanecem com sintomas residuais como ansiedade antecipatória e evitação fóbica (Pollack et al., 1994). Estudos comprovam que a TCC pode modificar o curso do TP, tanto em curto como em longo prazo, não só por prevenir as recaídas, mas também por prolongar o intervalo entre elas (Otto & Whittal, 1995). Os estudos em curto prazo de TCC combinada ao tratamento farmacológico relatam que 75% dos pacientes permanecem sem ataques de pânico, sendo este índice menor quando utilizado a medicação isoladamente (50 a 70%). A eficácia nos estudos em longo prazo parece ser diferente, apontando a superioridade da TCC sobre a farmacologia (Pollack et al., 1994; Otto & Whittal, 1995). Em nosso meio, Heldt et al. (2003)

verificaram que a TCC em grupo foi eficaz no tratamento de pacientes com TP refratários ao tratamento farmacológico.

1.6.3 Terapia Psicodinâmica

A psicoterapia psicodinâmica ficou relegada a um segundo plano como um tratamento do TP na literatura psiquiátrica geral, principalmente em função da falta de estudos bem delineados que demonstrem sua efetividade. Muitos psiquiatras clínicos, no entanto, observaram e relataram que técnicas psicodinâmicas podem ter um papel significativo no tratamento de pacientes com TP. Muitos concordam com o fato de que a técnica psicodinâmica pode ser usada em conjunto com a medicação ou com a terapia cognitiva-comportamental e que pode ser importante que clínicos que rotineiramente tratem de pacientes com pânico incorporem o entendimento psicodinâmico do TP (Busch, Milrod & Singer, 1999).

Observa-se um retorno no interesse da compreensão psicodinâmica e na utilização e pesquisa de técnicas psicodinâmicas nesses pacientes em função da observação de que, embora os tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais tenham se mostrado efetivos, muitos pacientes com TP apresentam recaídas após esses tratamentos e muitos são refratários ou respondem parcialmente aos tratamentos preconizados. Ainda é uma questão que necessita uma melhor determinação que combinação de tratamento, com que

duração e para quais pacientes particulares são as mais efetivas no tratamento do pânico e como tratar fatores associados à vulnerabilidade ao pânico.

A terapia psicodinâmica para pacientes com TP ainda não foi submetida a testagem empírica, utilizando uma metodologia adequada e comparando-a a outras modalidades de tratamento.

Andrews et al. (1990), consideram que um tratamento adequado deve envolver não apenas a resolução aguda de sintomas, mas também o tratamento de fatores de vulnerabilidade que parecem ser centrais nesse transtorno (Andrews et al., 1990; Shear et al., 1993). Esses autores acreditam que a reintrodução de uma perspectiva psicodinâmica pode ser útil para futuras estratégias de pesquisas, para identificar traços que podem predispor ao pânico e em definir tratamentos para tais traços.

A formulação psicodinâmica de autores como Shear et al., Busch et al. e outros, têm implicações no tratamento. Os conflitos do paciente com dependência/independência, sensibilidade ao abandono, separação por um lado, e ao controle por outro, podem afetar a relação terapêutica. No contexto dessa relação, o medo e a evitação dos afetos negativos e seus desencadeantes podem ser apontados. O paciente pode ser ajudado a desenvolver novas defesas e habilidades para manejar esses afetos. O desenvolvimento de um senso de controle interno e um senso de “controlabilidade” do mundo externo seria visto como um objetivo de tratamento, além de ajudar o paciente a desenvolver expectativas pessoais e objetivos realistas e reforçar comportamentos mais firmes

ou assertivos. O reconhecimento e a melhora da sensibilidade psicológica de ser abandonado ou controlado abriria a possibilidade para melhores relações e vulnerabilidade diminuída à raiva, medo e culpa (Shear et al., 1993; Schwartz, 1994; Myers, 1994).

Todas essas hipóteses ainda necessitam comprovação através de estudos prospectivos. No entanto, muitos autores parecem concordar com o fato de que mesmo que a terapia psicodinâmica não demonstre efeitos antipânico diretos, ou se for menos efetiva em tratar os sintomas do pânico, ainda é possível que a intervenção psicodinâmica possa potencializar os tratamentos focados nos sintomas e prover maior alívio de sintomas residuais e proteção contra recaídas e recidivas.

Milrod & Shear (1991) conduziram uma revisão da literatura para identificar pacientes com TP que foram submetidos à terapia psicodinâmica. Nessa revisão, foram identificados 35 casos e todos os casos foram considerados melhorados ao final do tratamento pelos seus clínicos. Na maior parte dos casos, o tratamento consistiu inicialmente no estabelecimento de uma relação terapêutica e na conscientização do paciente em relação ao início do tratamento. A seguir, os conflitos centrais do paciente eram identificados e explorados. Era feita uma ligação entre eventos e fantasias precipitantes e o episódio de pânico. Algumas vezes essa ligação era feita através da exploração de uma situação externa e, em outras, a conexão era feita através da exploração da transferência. Uma experiência central e amedrontadora descrita pelos pacientes, era a sensação de perda de controle sobre seus sentimentos. No geral, os estudos revisados

sugeriram que as intervenções incluíam o estabelecimento de uma relação de transferência e a demonstração para o paciente de que ele tinha sentimentos de raiva problemáticos, que estavam conectados com seus ataques de pânico e que esses sentimentos poderiam ser reconhecidos e manejados de forma segura. No entanto, essas autoras também ponderam o fato de que na ausência de estudos prospectivos, é impossível estimar a proporção de pacientes tratados dinamicamente para o TP que melhoraram, tornando ainda incerto o papel do tratamento dinâmico nessa condição.

Wiborg & Dahl (1996), levantaram a hipótese de que acrescentando a psicoterapia psicodinâmica breve, focada na vulnerabilidade psicossocial dos pacientes com TP, a um tratamento farmacológico estabelecido, conseguiria-se reduzir a taxa de recaída após o tratamento farmacológico. Os autores conduziram, então, um estudo em que 20 pacientes com TP foram randomizados para receber tratamento farmacológico com clomipramina por nove meses, e outros 20 pacientes para receber clomipramina por nove meses combinada com psicoterapia psicodinâmica breve (15 sessões). Dentro de 26 semanas de tratamento todos os pacientes estavam sem ataques de pânico, mas, ao término do tratamento farmacológico, a taxa de recaída foi significativamente maior no grupo que recebeu apenas o tratamento com clomipramina durante o período de seguimento de 18 meses. Além disso, os pacientes que receberam tratamento combinado com psicoterapia psicodinâmica breve apresentavam escores significativamente mais baixos na maioria das escalas de ansiedade aos nove meses de tratamento. O estudo mostra que a terapia psicodinâmica pode ter um

papel importante no tratamento dos pacientes com TP em combinação à farmacoterapia, mas especialmente mostra como é possível conduzir pesquisas bem delineadas utilizando as técnicas psicodinâmicas.

2 MECANISMOS DE DEFESA

2.1 Os mecanismos de defesa: conceito e classificação

Uma das maneiras de se avaliar mais sistematicamente o papel dos fatores psicodinâmicos nos transtornos psiquiátricos é através do estudo dos mecanismos de defesa do ego, derivados da teoria psicanalítica, que indicam o modo típico do indivíduo para lidar com os conflitos e refletem uma dimensão importante da sua personalidade.

Os mecanismos de defesa foram primeiramente descritos por Sigmund Freud (1894, 1896) quando ele investigava métodos de “disfarce” usados pelo ego. Freud identificou a existência de diversos mecanismos de defesa, mas focalizou sua atenção predominantemente no estudo do mecanismo da repressão. Anna Freud, em seu trabalho intitulado: “O Ego e os Mecanismos de Defesa” (1937), aprofundou a questão dos mecanismos de defesa , realizando um estudo

mais abrangente desses, onde sustentava que todas as pessoas, normais ou neuróticas, utilizam um repertório característico de mecanismos de defesa.

De acordo com a teoria estrutural de Freud, o aspecto inconsciente do ego contém os mecanismos de defesa, necessários para se contrapor às pulsões e impulsos do id (como sexualidade, agressividade, etc.).

No mundo intrapsíquico, de um lado os impulsos do id buscam constantemente gratificação, e de outro, o ego precisa harmonizar esses impulsos com as exigências da realidade externa e com as proibições e as expectativas do superego. Esse conflito produz ansiedade, descrita como ansiedade sinalizadora, que sinaliza para o ego que algum impulso inaceitável e amedrontador está querendo se expressar, e avisa da necessidade de um mecanismo de defesa que mantenha inconsciente esse impulso (Freud, 1926).

Os mecanismos de defesa são, então, processos mentais utilizados pelo ego, a nível inconsciente, contra as demandas instintivas do id (Escobar, 1988). São definidos como mecanismos psicológicos que mediam os desejos, necessidades e impulsos individuais de um lado, e proibições e realidade externa no outro (Perry & Cooper, 1989).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) define os mecanismos de defesa ou “formas de manejo” como: “Processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a conscientização quanto a perigos ou estressores internos ou externos. Os indivíduos freqüentemente não têm consciência desses processos enquanto eles

operam. Os mecanismos de defesa intermediam a reação do indivíduo a conflitos emocionais e a estressores internos e externos” (APA, 1994).

Os mecanismos de defesa são classicamente classificados de acordo com o grau de maturidade relacionado ao funcionamento defensivo. Diz-se que se o ego é um ego capaz e maduro, lançará mão de mecanismos de defesa mais adaptativos para controlar o impulso do id, ajustando-se adequadamente ao mundo externo e à realidade. Quando o ego ainda é um ego imaturo, frágil ou incapaz, os mecanismos de defesa observados são menos adaptativos, podendo-se utilizar recursos para defesa e para controlar a ansiedade e outros estados afetivos que podem ser considerados patológicos. O significado clínico do uso dos mecanismos de defesa do ego não implica necessariamente em um funcionamento patológico, uma vez que envolve também funções de características adaptativas e protetoras. O ego não se defende somente contra impulsos instintivos, mas também contra os afetos relacionados a tais impulsos. A função defensiva do ego está ligada diretamente ao conflito e, portanto, o que se observa é que raramente os mecanismos são empregados de forma isolada. Em geral, muitos são usados em conjunto por um indivíduo, e em determinadas patologias observa-se uma predominância de determinados tipos de mecanismos de defesa, indicando a forma predominante do indivíduo lidar com os conflitos, afetos e emoções (Andrews, 1989; Carson, 1981; Escobar, 1988). Além disso, em cada fase do desenvolvimento componentes específicos dos impulsos evocam defesas características do ego, esperando-se que no desenvolvimento normal o

indivíduo evolua do uso de defesas mais imaturas até o uso de defesas mais maduras (Bond, 1992; Carson, 1981; Vaillant, 2000).

George Vaillant (1971, 1976) dedicou-se ao estudo dos mecanismos de defesa e agrupou-os de forma hierárquica, de acordo com o grau de maturidade associado com cada defesa em: defesas maduras (ou adaptativas), defesas neuróticas e defesas imaturas (ou mal-adaptativas).

As defesas maduras são as defesas consideradas adaptativas, pois considera-se que são as defesas que conseguem maximizar a gratificação do impulso e permitem o conhecimento consciente dos sentimentos, idéias e suas conseqüências, envolvendo um balanço adequado entre manter a idéia e o afeto na mente, enquanto simultaneamente atenua-se o conflito. Este nível de funcionamento defensivo indica uma adaptação mais favorável no manejo de estressores (APA, 1994; Vaillant, 1971; Vaillant, 2000). Segundo Vaillant (2000), são as defesas que têm um caráter transformador, uma vez que “fazem o melhor com uma má situação”. Costumam surgir na adolescência, como conseqüência de um desenvolvimento normal do indivíduo e são comuns em indivíduos adultos saudáveis, a partir dos 12 anos de idade. As defesas comumente classificadas dentro dessa categoria são as defesas: sublimação, altruísmo, supressão, antecipação, humor, dentre outras (Kaplan & Sadock, 1997).

No nível de funcionamento das defesas neuróticas (formação de compromisso) o indivíduo mantém as idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados potencialmente ameaçadores, fora da consciência

(APA, 1994). São defesas que alteram os afetos ou sentimentos internos ou a expressão dos instintos, fazendo com que o indivíduo pareça estar sempre às voltas com suas preocupações pessoais e seus problemas insolúveis. As defesas neuróticas são comuns em indivíduos sadios, a partir dos 3 anos de idade até a idade adulta. Também manifestam-se freqüentemente nos distúrbios neuróticos ou em situações de ansiedade aguda nos adultos (Vaillant, 1971). Dentro dessa categoria estão as defesas: anulação, deslocamento, dissociação, formação reativa, intelectualização, isolamento do afeto, repressão, racionalização (Kaplan & Sadock, 1997).

As defesas imaturas (também subdivididas em defesas narcisistas por alguns autores) são as defesas que envolvem uma maior distorção ou na imagem de si mesmo, do corpo, ou de outros, podendo ser empregadas para regular a auto-estima, ou ainda, caracterizam-se por manter os estressores, impulsos, idéias, afetos ou responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, fazendo ou não uma atribuição incorreta destes a causas externas (APA, 1994). Têm uma tendência a serem usadas por pessoas que se sentem ameaçadas pela intimidade interpessoal ou pela perda dessas relações interpessoais íntimas, ou comportam-se de forma socialmente indesejável. São defesas consideradas normais em crianças de mais tenra idade, e entre os 3 e 16 anos. Nos adultos, podem também ser usadas em indivíduos com transtornos de personalidade ou transtornos afetivos. Podem persistir em “detenções” do desenvolvimento ou retornar em condições de estresse severo no adulto (Vaillant, 1971). Nessa categoria estão as defesas: negação, projeção, comportamento

passivo-agressivo, regressão, fantasia, somatização, hipocondria, atuação, desvalorização, entre outras (Kaplan & Sadock, 1997).

Algumas pesquisas têm demonstrado que os mecanismos que um indivíduo utiliza para manejar sentimentos ou impulsos intoleráveis e para lidar com os estressores, se relacionam com o seu grau de maturidade e com o seu grau de saúde ou doença, bem como de adaptação à vida adulta.

Vaillant realizou estudos de seguimento, em um período de 30 anos, de homens saudáveis e através de entrevistas clínicas avaliou o funcionamento defensivo desses indivíduos ao longo do tempo (1971, 1976). Os resultados desses estudos sugeriram que: 1. A maioria dos mecanismos de defesa, embora descritos inicialmente em populações patológicas, podem ser observadas em algum grau em populações de adultos considerados normais; 2. Para alguns indivíduos, uma constelação fixa de mecanismos defensivos persistiram por décadas; 3. Para outros, a escolha de mecanismos defensivos pareceu evoluir paralelamente à uma adaptação de vida madura; 4. A utilização de defesas maduras mostrou-se positivamente correlacionada, e o uso de defesas imaturas negativamente correlacionadas, a um bom ajustamento na vida adulta, incluindo sucesso conjugal, ocupacional e de saúde física.

2.2 Avaliação dos mecanismos de defesa: o *Defensive Style*

Questionnaire

Após os trabalhos de Vaillant, alguns autores procuraram estudar formas de avaliar em pesquisa, de forma mais sistemática e padronizada, os mecanismos de defesa.

Vários investigadores tentaram analisar a questão de se e como esse tipo de fenômeno pode ser medido. Na tentativa de desenvolver um método experimental para o estudo dos mecanismos de defesa, tanto Vaillant como outros autores, usaram entrevistas psiquiátricas em combinação com outras medidas, tais como, testes psicológicos, questionários e relatos auto-biográficos. Vaillant apontou para o fato de que o julgamento clínico requerido nos seus estudos limitou a objetividade dos dados e a confiabilidade das avaliações. O problema de medir fenômenos intrapsíquicos que são freqüentemente inconscientes é desafiador (Bond, 1992).

Bond e colaboradores, desenvolveram um método para avaliação dos mecanismos de defesa que consiste em um instrumento auto-aplicável para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa, com a intenção de evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconsciente, baseado na suposição de que as pessoas podem comentar acuradamente sobre seu comportamento “à distância”. O desenvolvimento do *Defensive Style Questionnaire* (DSQ) está baseado na premissa de que as pessoas são suficientemente cientes (ou conscientes) da

maneira como respondem a situações de conflito e estresse, provendo informação que pode ser classificada como evidência de tipos de funcionamento defensivo (Bond & cols., 1983; Bond & cols., 1986).

O termo mecanismo de defesa é, então, nos estudos, usado para descrever não apenas um processo intrapsíquico inconsciente, mas também manifestações desses na forma de comportamentos que são, consciente ou inconscientemente, designados para conciliar impulsos internos com as demandas externas, evidenciando medidas de grupos de mecanismos de defesa que são chamados estilos de defesa. Os autores hipotetizam que os estilos de defesa podem identificar o estágio de desenvolvimento de um indivíduo e fornecer informações sobre o funcionamento do ego, independente do diagnóstico. O termo defesa referindo-se a um estilo de lidar com os conflitos e estressores, enquanto o termo diagnóstico refere-se a um conjunto de sinais e sintomas. O *Defensive Style Questionnaire* foi desenvolvido a partir da necessidade de métodos empíricos e objetivos de estudar os mecanismos de defesa e poder avaliar as associações desses com níveis de maturidade, diagnósticos clínicos e outros fenômenos psicológicos (Bond, 1992).

Com base nesses pressupostos, no desenvolvimento do DSQ, sentenças foram criadas para refletir comportamentos sugestivos de diversos mecanismos de defesa. Essas sentenças inicialmente foram submetidas a um teste inicial de “face validity”, consultando dois psicólogos e um psiquiatra (dois dos quais eram psicoanalistas), independentemente, para associar cada sentença ao seu mecanismo correspondente. Somente as sentenças em que todos

concordaram formaram a versão do questionário inicial, que continha 97 itens. Após outras comparações e correlações com outros instrumentos, foram mantidos 67 itens em uma versão preliminar do instrumento (Bond, 1983; Bond, 1992). Em 1986, o DSQ foi revisado e transformado em uma versão com 88 itens, correspondendo a 24 defesas (Bond, 1986). Andrews et al. (1989) modificaram a versão de 88 itens do DSQ, a fim de torná-lo mais consistente com o glossário de mecanismos de defesa do DSM-III-R, reorganizando o instrumento em um questionário de 72 itens, correspondentes às 20 defesas apresentadas no DSM-III-R. Foram excluídas as defesas repressão, em função de ser considerada por definição inacessível para ser medida, e a defesa de intelectualização, pois não houve consenso em relação aos itens relacionados a essa defesa. Nessa versão, foi incluída a defesa antecipação entre o grupo de defesas maduras. As 20 defesas foram, então, divididas em três fatores: maduro, neurótico e imaturo. Essa versão, no entanto, evidenciou que dois itens podiam estar medindo sintomas de ansiedade, possibilitando a medida de um estado e não de um traço, e que as 20 defesas estavam desigualmente representadas, com algumas defesas sendo avaliadas por até 10 itens, enquanto outras eram avaliadas por apenas um. As defesas com mais itens tendiam a apresentar maior consistência interna, bem como o fator correspondente. Em função de que escalas homogêneas aumentam a validade do constructo de um instrumento e permitem uma interpretação mais fácil dos escores, além da observação de que a escala de 72 itens parecia cansativa para aplicação e reduzia a adesão, Andrews elaborou uma versão com 40 itens, em que cada defesa é igualmente representada pelos dois melhores itens que representavam cada defesa, sendo também de mais fácil aplicação e

exigindo menor tempo. Comparou-se, então, a versão com 40 itens à versão com 72 itens, apresentando o DSQ-40 consistência interna das defesas e dos fatores (Andrews, 1993).

O *Defensive Style Questionnaire* (DSQ) - 40 (Bond & cols., 1983; Andrews, 1993), trata-se, então, de um questionário objetivo auto-aplicado que consiste de 40 questões. O DSQ avalia 20 defesas, que são divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas correspondem ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro ao fator neurótico (*undoing*, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 defesas correspondem ao fator imaturo (projeção, “agressão passiva”, atuação (*acting out*), isolamento, desvalorização, “fantasia autística”, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer os escores das 20 defesas individuais e os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens para determinado mecanismo de defesa, e os escores dos fatores, pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9, “1” indicando “discordo completamente” e “9” indicando “concordo plenamente”. O DSQ-40 foi traduzido para o português e a versão utilizada apresenta boa compreensão e aceitabilidade pelos indivíduos estudados, tendo seus resultados locais se mostrado consistentes com a literatura internacional, estando em processo de validação. O DSQ já foi traduzido e validado em outros países, como França (Bonsack, 1998), Finlândia (Sammallahti et al., 1994) e Japão (Nishimura, 1998), além de já ter sido utilizado também na China

(Chan, 1997; Yuan et al., 2002) e em uma versão alemã (Spinhoven e Kooiman, 1997), demonstrando resultados similares à versão original. APÊNDICE A (Glossário de Mecanismos de Defesa do DSQ).

Os resultados dos trabalhos realizados ao longo dos anos com as versões validadas demonstraram a validade do constructo do DSQ como uma medida de mecanismos de defesa, diferenciando diversos grupos de pacientes entre si, e de pacientes entre indivíduos controles (Andrews, 1993).

Estudos de validação do DSQ mostraram uma correlação desse instrumento com saúde física e mental, sintomas psiquiátricos, desenvolvimento do ego, satisfação marital, profissional e felicidade. Comparou-se também o DSQ com o *Defense Mechanism Rating Scale* – DMRS, um instrumento que avalia os mecanismos de defesa através de entrevista clínica, mostrando que as defesas mal-adaptativas do DSQ apresentavam uma correlação positiva com as defesas imaturas e negativa com as defesas maduras do DMRS (Bond, 1989; Bond, 1992).

A relação conceitual entre o estilo defensivo e os diagnósticos psiquiátricos ainda não é completamente esclarecida. Inicialmente, Bond e Sagala Vaillant (1986) investigaram a relação entre o estilo defensivo e quatro grupos diagnósticos: psicoses, transtornos afetivos, transtornos de ansiedade e outros transtornos e encontraram dados que indicavam que três desses grupos (psicoses, ansiedade e outros) usavam menos defesas maduras e mais defesas imaturas do que o grupo controle, mas de uma maneira que não distinguia os diagnósticos entre si. Os autores propuseram que o estilo defensivo representa

um aspecto do funcionamento humano que é independente daquele avaliado pelo diagnóstico. Além disso, segundo Bond (1992), pode ser útil utilizar o DSQ em conjunto ao diagnóstico clínico e este poderia ser usado para indicar direções a tomar numa psicoterapia. Limitações devido ao fato do DSQ ser um questionário auto-aplicável também são apontadas pelo seu autor: é uma medida dependente da motivação do paciente no momento da aplicação do instrumento, da sua franqueza e seu auto-conhecimento (Bond, 1992).

No entanto, em 1993, Bond et al., avaliaram 78 mulheres com transtorno de personalidade borderline e 72 mulheres com outros tipos de transtornos de personalidade e detectaram que as pacientes borderlines usavam significativamente mais os mecanismos mal-adaptativos e menos os mecanismos adaptativos do que as outras pacientes.

Um estudo que avaliou os mecanismos de defesa em 204 indivíduos normais, 67 pacientes atendidos por médicos de família e 142 pacientes psiquiátricos verificou que os pacientes psiquiátricos apresentavam taxas mais baixas de defesas maduras e taxas mais elevadas de defesas neuróticas e imaturas do que os outros dois grupos (Andrews & cols., 1989).

A fim de estudar a associação entre o estilo defensivo e os sintomas psiquiátricos, um estudo realizado por Holi et al. (1999), utilizando o DSQ, encontrou como principal resultado que a imaturidade (ou as defesas imaturas) no estilo defensivo se associava fortemente à presença de sintomas psiquiátricos em geral.

Trijsburg et al. (2000), em um recente estudo que procurou avaliar a validade do uso do DSQ, concluiu que esse é um instrumento útil na avaliação do funcionamento defensivo geral.

2.3 Os mecanismos de defesa nos transtornos de ansiedade

Alguns estudos foram realizados, especialmente ao longo da última década, a fim de avaliar o estilo defensivo dos pacientes psiquiátricos, dentre eles os pacientes com transtornos de ansiedade, e verificar se o estilo de funcionamento defensivo destes difere da população normal. Não foram encontrados estudos no Brasil avaliando tal questão em pacientes com transtornos de ansiedade.

Alguns estudos relatam que as taxas de transtornos de personalidade em pacientes com Transtorno do Pânico podem se situar entre 30 a 65% e que esta co-morbidade pode ter um impacto negativo no tratamento (Pollack, 1990; Black, 1994; Latas, 2000). Diversos autores apontam, então, para a importância clínica dos transtornos de personalidade, uma vez que a psicopatologia de Eixo II parece afetar adversamente a resposta ao tratamento de algumas condições, como a Depressão Maior e o TP. Segundo alguns estudos, o reconhecimento de transtornos de personalidade em *settings* clínicos e de pesquisa deve receber maior ênfase (Hylar, 1990).

Um estudo que comparou indivíduos da população geral a pacientes com diagnóstico de Transtorno do Pânico, Agorafobia, Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo, visando avaliar a existência de diferença nos padrões de defesa entre os grupos, verificou que pacientes com TP e Agorafobia utilizavam taxas significativamente mais elevadas de deslocamento, formação reativa e somatização do que os controles. Os pacientes com Fobia Social utilizavam mais deslocamento e desvalorização e os com Transtorno Obsessivo-Compulsivo utilizavam mais freqüentemente anulação, projeção e *acting-out* como defesas predominantes. Os autores concluíram que existia um padrão específico de defesas associado com cada transtorno de ansiedade (Pollock & Andrews, 1989).

Andrews e colaboradores (1993), utilizando o DSQ -40 (*Defensive Style Questionnaire*), encontraram diferenças significativas entre os mecanismos de defesa utilizados por pacientes com ansiedade, comparados a controles. Este autor verificou que os pacientes com transtorno de ansiedade utilizavam menos as defesas maduras de humor, supressão e sublimação, e utilizavam com maior predominância que os controles a defesa neurótica de formação reativa e as defesas imaturas de desvalorização, deslocamento, projeção e somatização. Para este autor, uma melhor compreensão de como os mecanismos de defesa podem atuar, piorando ou melhorando os sintomas agudos, pode facilitar o tratamento. Andrews levanta a questão, ainda sendo pesquisada, de que pacientes com transtorno de ansiedade, cujo perfil de mecanismos de defesa se desvia muito pouco do normal, respondem melhor a intervenções mínimas. Sugere, também, que aqueles com padrão mais neurótico e imaturo de defesas requerem

consideravelmente mais tratamento. Alguns trabalhos que estudaram três aspectos da personalidade (neuroticismo, “locus of control” e estilo de defesa), sugerem que neuroticismo e “locus of control” podem mudar com o tratamento bem sucedido, e que, a extensão dessa mudança poderia predizer uma estabilidade de melhora após a conclusão do tratamento. Existem também algumas evidências recentes, de que estilos de defesa suscetíveis (mal-adaptativos) possam melhorar com a terapia cognitivo-comportamental.

Um trabalho que comparou os mecanismos de defesa em 22 pacientes com TP e 22 pacientes com Distímia demonstrou que os pacientes com TP utilizavam mais anulação e formação reativa do que os pacientes com Distímia, o que está de acordo com o modelo psicodinâmico proposto para o TP (Shear & cols., 1993). Este modelo enfatiza a dificuldade que o paciente com TP tem no reconhecimento de afetos negativos e no manejo da raiva (Busch & cols., 1995).

Um estudo que avaliou os mecanismos de defesa em 483 pacientes com transtorno de ansiedade, depressão e indivíduos sem doença psiquiátrica verificou que pacientes com transtornos de ansiedade obtiveram escores significativamente mais elevados para defesas neuróticas do que os outros dois grupos e escores significativamente mais baixos para defesas maduras do que os controles. Pacientes com TP utilizam mais freqüentemente somatização, desvalorização e idealização como defesas e, tanto transtornos depressivos quanto transtornos de ansiedade, estiveram positivamente associados ao uso de defesas imaturas e neuróticas e negativamente associados ao uso de defesas maduras (Spinhoven & Kooiman, 1997).

Comparando pacientes que apresentam transtornos de ansiedade em co-morbidade com depressão, um estudo observou que os pacientes com essa co-morbidade usavam significativamente mais do que o grupo controle as defesas regressão, somatização, anulação e negação, e significativamente menos as defesas comportamento passivo-agressivo e antecipação (Yuan et al., 2002).

Ainda são escassos na literatura estudos que avaliem se esse perfil de funcionamento defensivo dos pacientes com ansiedade correlaciona-se com a gravidade dos sintomas, indicando que pode ser afetada pelo estado afetivo, e se ele também se apresenta na doença em remissão, representando mais um traço de personalidade que permanece ao longo do tempo.

Em 2002, um estudo realizado por Bogren et al., utilizando o Defence Mechanism Test (DMTm) avaliou a associação da gravidade do TP aos mecanismos de defesa, e encontrou que duas das defesas utilizadas mais freqüentemente pelos pacientes com TP (negação e identificação polimorfa) estavam correlacionadas à gravidade da doença. Sammallahti et al. (1994) aplicando o DSQ a controles e a pacientes psiquiátricos (com “neuroses” e transtornos de personalidade) encontrou também que o nível de maturidade das defesas variou com a gravidade das doenças.

Estudo realizado com pacientes com Fobia Social demonstrou que um estilo de defesa imaturo (utilizando o DSQ) estava relacionado a resultados menos favoráveis à TCC (Muris & Merckelbach, 1996).

Em relação à alteração dos mecanismos antes e depois do tratamento com TCC, um estudo utilizando o DSQ em pacientes com TOC, verificou que com a melhora após o tratamento os pacientes utilizavam significativamente mais defesas adaptativas. Não houve alteração significativa no uso das defesas imaturas (Albucher, 1998).

Akkerman et al. (1992, 1999) estudaram os mecanismos de defesa em pacientes com depressão maior antes e após a remissão dos sintomas e observaram que havia uma diminuição no uso de defesas imaturas após a remissão dos sintomas, mas nenhuma mudança nas defesas neuróticas e maduras a curto prazo (após 7 a 9 semanas do início do tratamento). A longo prazo, evidenciou-se um aumento no uso de defesas maduras e declínio no uso de defesas imaturas, permanecendo estáveis ao longo do tempo, no entanto, as defesas neuróticas dos pacientes deprimidos. O autor discute que esses estudos sugerem que os mecanismos de defesa podem sofrer alterações ao longo do tratamento psiquiátrico, e que além do período de diminuição dos sintomas parecem continuar acontecendo alterações benéficas no estilo defensivo. Além disso, segundo o autor, algumas defesas podem ser características mais estáveis, enquanto outras podem estar mais sujeitas a alterações, como as defesas imaturas, o que estaria de acordo com o conceito de regressão temporária, que pode afetar os indivíduos em um episódio de doença.

Utilizando o DSQ-40, um estudo com 31 pacientes hospitalizados deprimidos, avaliando o uso de defesas na admissão e na alta dos pacientes, mostrou que por ocasião da alta os pacientes usavam taxas maiores de defesas

maduras, menores de defesas imaturas e que as defesas neuróticas se mantinham estáveis (Kneepkens et al., 1996). Além disso, estudo realizado por Hoglend & Perry (1998) demonstrou que alguns aspectos do funcionamento defensivo pareciam predizer a melhora em episódios depressivos.

No nosso meio, um estudo que avaliou pacientes com Fobia Social comparados a indivíduos controles mostrou que os pacientes utilizavam mais freqüentemente defesas neuróticas e imaturas (Blaya et al., 2002). Além disso, um estudo que avaliou pacientes com TP após TCC, refratários ao tratamento farmacológico, encontrou que os pacientes que utilizavam mais defesas mal-adaptativas apresentavam pior prognóstico (Heldt et al., 2003).

3 HIPÓTESES

Considerando que o Transtorno do Pânico é caracterizado por cronicidade e morbidade, que os pacientes portadores desse transtorno podem apresentar prejuízo no seu funcionamento global e que determinadas características associadas à vulnerabilidade podem ser avaliadas através do uso de mecanismos de defesa, as seguintes hipóteses foram testadas:

1. Pacientes adultos com Transtorno do Pânico utilizam mais mecanismos de defesa mal-adaptativos, em comparação a um grupo controle, e esses mecanismos estão associados à gravidade da doença.
2. Os mecanismos de defesa se mantêm estáveis ao longo do tempo e podem predizer pior resposta ao tratamento.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL:

Avaliar os mecanismos de defesa utilizados em pacientes adultos com transtorno do pânico, comparados a um grupo controle, verificar sua associação com gravidade, determinar suas implicações na resposta ao tratamento e se há alteração antes e depois de tratamento medicamentoso.

4.2 ESPECÍFICOS:

Comparar os mecanismos de defesa utilizados mais freqüentemente por pacientes adultos com transtorno do pânico em relação a um grupo controle.

Verificar se há associação entre a gravidade do Transtorno do Pânico e a utilização dos mecanismos de defesa.

Verificar se a co-morbidade do Transtorno do Pânico com outros diagnósticos psiquiátricos altera o perfil de mecanismos de defesa.

Avaliar os mecanismos de defesa utilizados em pacientes adultos com transtorno do pânico, antes e após o tratamento medicamentoso.

Verificar se a utilização de mecanismos de defesa mal-adaptativos pré-tratamento em pacientes adultos com transtorno do pânico está associada a pior resposta ao tratamento medicamentoso.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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

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

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akkerman, K.; Carr, V.; Lewin, T. Changes in Ego Defenses with Recovery from Depression. *J Nerv Ment Dis* 180: 634-638, 1992.
2. Akkerman, K.; Lewin, T.; Carr, V. Long-Term Changes in Defense Style among Patients Recovering from Major Depression. *J Nerv Ment Dis* 187: 80-87, 1999.
3. Albuquer, R.C.; Abelson, J.L.; Nesse, R.M. Defense Mechanism changes in succesfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 155(4): 558-559, 1998.
4. Almeida Filho, N.; Mari, J.J.; Coutinho, E.; Franca, J.F.; Fernandes, J.G.; Andreoli, S.B.; Busnello, E.A.D. Estudo Multicêntrico de morbidades psiquiátricas em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista Abp-Apal* 14(3): 93-104, 1992.
5. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4. ed. *Washington*, 1994.
6. Andrews, G.; Pollock, C.; Stewart, G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460, 1989.

7. Andrews, G.; Singh, M.; Bond, M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181(4):246-256, 1993.
8. Barlow, D.H. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: *Guilford Press*, 1988.
9. Barlow, D.H.; Cerny, J.A. Tratamento psicológico do pânico. *Porto Alegre: Artes Médicas Sul*, 1999.
10. Biederman, J.; Rosenbaum, J.F.; Hirshfeld D.R.; Faraone, S.V.; Bolduc-Murphy, E.A.; Gersten, M.; Meninger, S.R.; Kagan, J.; Snidman, N.; Reznick, J.S. Psychiatry correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatry disorders. *Arch Gen Psychiatry* 47:21-26, 1990.
11. Black, D.W.; Wesner, R.B.; Gabel, J. et al. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders* 30:233-241, 1994.
12. Blaya, C.; Teruchkin, B.; Isolan, R.; Mezzomo, K.; Zanardo, A.P.; Hirakata, V.; Kipper, L.C.; Heldt, E.; Maltz, S.; Manfro, G.G. Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Controlle. *R Psiquiatr RS* 24(3): 305-310, 2002.
13. Bogren, L.; Bogren, I.B.; Ohrt, T.; Sjödin, I. Panic Disorder and the Defence Mechanism Test. *Nord J Psychiatry* 56: 195-199, 2002.
14. Bond, M.; Vaillant, J.S. An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry* 43: 285-288, (1986).
15. Bond, M.; Gardner, S.T.; Christian, L.; Sigal, J.J. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338 (1983).

16. Bond, M. An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: Vaillant GE (eds.): Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers. *Washington, American Psychiatric Press*, pp 127-158, 1992.
17. Bond, M.; Perry, C.; Gautier, M.; Goldenberg, M.; Oppenheimer, J.; Simand, J. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorder* 3 (2): 101-112, 1989.
18. Bonsack, Ch.; Desplant, J.N.; Spagnoli, J. The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom* 67: 24-30 (1998).
19. Busch, F.N.; Shear, M.K.; Cooper, A.M.; Shapiro, T.; Leon, A.C. An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 183:299-303,1995.
20. Busch, F.N.; Milrod, B.L.; Singer, M.B. Theory and Technique in Psychodynamic Treatment of Panic Disorder. *J Psychother Pract Res* 8(3): 234-242, 1999.
21. Carson, D.J. Desenvolvimento da Personalidade, Conflito e Mecanismos de Defesa. In: Usdin G & Lewis JM. *Psiquiatria na Prática Médica. RJ, Guanabara-Koogan*, 1981.
22. Chan, D.W. Defensive styles and psychological symptoms among Chinese adolescents in Hong Kong. *Soc Psychiatr Epidemiol* 32: 269-76, 1997.
23. Clark, D.M. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 24:461-470, 1986.
24. Deakin, J.W.F.; Graef, F.G. 5ht and mechanisms of defense. *J Psychopharmacol* 5:305-315, 1991.

25. den Boer, J.A. Pharmacotherapy of Panic Disorder: Differential Efficacy From a Clinical Viewpoint. *J Clin Psychiatry* 59(8): 30-36, 1998.
26. Escobar, J.R. Mecanismos de defesa. *Rev Psiq RGS* 10 (2): 52-56, 1988.
27. Faravelli, C. Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affect Disord* 22:79-82, 1985.
28. Faravelli, C.; Panichi, C.; Pallanti, S.; Paterniti, S.; Grecu, L.M.; Rivelli, S. Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 84: 6-8, 1991.
29. Fyer, A.; Mannuzza, S.; Coplan, J. Transtornos de Pânico e Agorafobia. In: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatria. *Porto Alegre: Artes Médicas* 1300-1313, 1999.
30. Freud, A.(1937) O Ego e os Mecanismos de Defesa. *Editora Civilização Brasileira, 6ª edição*, 1982.
31. Freud, S. (1926) Inibições, Sintomas e Ansiedade. In. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XX. Rio de Janeiro, Imago Editora 107-210, 1980.
32. Goddard, A.W.; Charney, D.S. Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 58: 4-11, 1997.
33. Goddard, A.W.; Brouette, T.; Almai, A.; Jetty, P.; Woods, S.; Charney, D. Early Coadministration of Clonazepam With Sertraline for Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: 681-696, 2001.
34. Gorman, J.M. Anxiety Disorders: Introduction and Overview. In *Kaplan & Sadock's, Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed, Vol 1, pp 1441-1444), 2000. Lippincott Williams & Wilkins.

35. Gorman, J.M. The Use of Newer Antidepressants for Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 58(14):54-58, 1997.
36. Graeff, F.G. In: Neurobiologia das doenças mentais. 4.ed São Paulo: Lemos Editorial 109-144, 1997.
37. Heldt, E.; Manfro, G.G.; Kipper, L.; Blaya, C.; Maltz, S.; Isolan, L.; Hirakata, V.N.; Otto, M.W. Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 43-48 (2003).
38. Hillard, J.R. The Panic Disorder Psychodynamic Model (Letter to the Editor). *Am J Psychiatry* 151 (5): 787, 1994.
39. Hoglend, P.; Perry, J.C. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 186(4): 238-243, 1998.
40. Holi, M.M.; Sammallahti, P.R.; Aalberg, V. Defense Styles Explain Psychiatric Symptoms – An Empirical Study. *J Nerv Ment Dis* 187: 654-660, 1999.
41. Hyler, S.E.; Skodol, A.E.; Kellman, H.D., et al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire – Revised: Comparison With Two Structured Interviews. *Am J Psychiatry* 147(8):1043-1048, 1990.
42. Kagan, J.; Reznick, J.S.; Snidman, N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 240:167-171, 1988.
43. Kaplan, Sadock & Grebb. *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica – 7ª edição, Editora Artes Médicas, 1997.*
44. Karasu, T.B.; Skodol, A.E. Vith axis for DSM III: Psychodynamic evaluation. *Am J Psychiatry* 137:607-610, 1980.

45. Katon, W.J. Panic disorder in the medical setting. Washington: *American Psychiatric Press*, 1991.
46. Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H.U.; Kendler, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19, 1994.
47. Klein, D. False suffocation alarm, spontaneous panics and related conditions: an integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 50:306-317, 1993.
48. Kneepkens, R.G.; Oakley, L.D. Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *J Nerv Ment Dis* 184(6): 358-361, 1996.
49. Latas, M.; Starcevic, V.; Trajkovic, G., et al. Predictors of Comorbid Personality Disorders in Patients With Panic Disorder With Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry* 41(1):28-34, 2000.
50. Lecrubier, Y. The Impact of Comorbidity on the Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 59(8): 11-14, 1998.
51. Londborg, P.D.; Wolkow, R.; Smith, W.T.; Duboff E.; England, D.; Ferguson, J.; Rosenthal, M.; Weise, C. Sertraline in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry* 173: 54-60, 1998.
52. Manfro, G.G.; Otto, M.W.; McArdle, E.T.; Worthington, J.J.; Rosenbaum, J.F.; Pollack, M.H. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and course of panic disorder. *Journal of Affective Disorder* 41:135-139, 1996.

53. Manfro, G.G. Transtorno do Pânico. In: Cordioli, A.V. e cols: Psicofármacos: consulta rápida., Porto Alegre: *Artes Médicas* 2. ed 279-282, 2000.
54. Manfro, G.G.; Isolani, L.; Blaya, C.; Santosa, L.; Silva, M. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno do pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Rev Bras Psiqu* 24:26-29, 2002.
55. Marshall, J. R. Panic Disorder: A treatment update. *J Clin Psychiatry* 58:1:36-42, 1997.
56. Mccusker, J.; Boulenger, J-P.; Bellavance, F.; Boyer, R.; Miller, J-M. Out comes in a referral cohort of patients with anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 188:3-12, 2000.
57. Mihaljevic, Z.V.; Mandic, N.; Barkic, J.; Mrdenovic, S. A current psychodynamic understanding of panic disorder. *British Journal of Medical Psychology* 71: 27-45, 1998.
58. Milrod, B.; Shear, K. Dynamic Treatment of Panic Disorder: A Review. *J Nerv Ment Dis* 179: 741-743, 1991.
59. Muris, P.; Merckelbach, H. Defence style and Behaviour Therapy Outcome in a Specific Phobia. *Psychological Medicine* 26(3): 635-640, 1996.
60. Myers, W.A. The Panic Disorder Psychodynamic Model (Letter to the Editor). *Am J Psychiatry* 151 (5): 787, 1994.
61. Nishimura, R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: 419-424 (1998).
62. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10. Porto Alegre: *Artes Médicas*, 1993.

63. Otto, M.W.; Whittal, M.L. Cognitive-Behavior Therapy and longitudinal course of Panic Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 18:803-820, 1995.
64. Perry, J.C.; Cooper, S.H.; Michels, R. Psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry* 146:543-550, 1987.
65. Perry, J.C.; Cooper, S.H. An empirical study of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 46:444-452, 1989.
66. Pohl, R.B.; Wolkow, R.M.; Clary, C.M. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder: A Double-Blind Multicenter Trial. *Am J Psychiatry* 155: 1189-1195, 1998.
67. Pollack, M.H.; Smoller, J.W. The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 18:785-801, 1995.
68. Pollack, M.H.; Smoller, J.W. Pharmacologic approaches to treatment-resistant panic disorder. In: Pollack, M.H.; Otto, M.W.; Rosenbaum, J.F. Challenges in clinical practice. New York: *Guilford Press* 89-112, 1996.
69. Pollack, M.H.; Otto, M.W.; Kaspi, S.P.; Hammerness, P.G.; Rosenbaum, J.F. Cognitive-behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry* 55:200-205, 1994.
70. Pollack, M.H.; Otto, M.W.; Worthington, J.J.; Manfro, G.G.; Wolkow, R. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 55: 1010-1016, 1998.
71. Pollack, M.H.; Marzol, P.C. Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *Journal of Psychopharmacology* 14(2) Suppl 1: 25-30, 2000.

72. Pollack, M.H.; Otto, M.W.; Rosenbaun, J.F. et al. Longitudinal Course of Panic Disorder: Findings From the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 51:12 (suppl A):12-16, 1990.
73. Pollack, M.H.; Rapaport, M.H.; Clary, C.M.; Mardekian, J.; Wolkow, R. Sertraline Treatment of Panic Disorder: Response in Patients at Risk for Poor Outcome. *J Clin Psychiatry* 61: 922-927, 2000.
74. Pollack, M.H.; Rapaport, M.H.; Fayyad, R.; Otto, M.W.; Nierenberg, A.A.; Clary, C.M. Early Improvement predicts endpoint remission status in sertraline and placebo treatments of panic disorder. *Journal of Psychiatric Research* 36: 229-236, 2002.
75. Pollock, C.; Andrews, G. Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 146(11):1500-1502 (1989).
76. Rapaport, M.H.; Rubin, W. R.; Hackett, E.; Pollack, M.; Otta, K.Y. Sertraline treatment of panic disorder: results of a long-term study. *Acta Psychiatr Scand* 104: 289-298, 2001.
77. Rapaport, M.H.; Pollack, M.H.; Clary, C.M.; Mardekian, J.; Wolkow, R. Panic Disorder and Response to Sertraline: The Effect of Previous Treatment with Benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 21(1): 104-107, 2001.
78. Rapaport, M.H.; Pollack, M.; Wolkow, R.; Mardekian, J.; Clary, C. Is Placebo Response the Same as Drug Response in Panic Disorder? *Am J Psychiatry* 157: 1014-1016, 2000.

79. Rapaport, M.H.; Wolkow, R.; Clary, C.M. Methodologies and Outcomes from Sertraline Multicenter Flexible-Dose Trials. *Psychopharmacology Bulletin* 34(2): 183-189, 1998.
80. Rosenbaum, J.F.; Biederman, J.; Bolduc-Murphy, E.A.; Faraone, S.V.; Charloff, J.; Hirshfeld D.R.; Kagan, J. Behavioral inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 1:2, 1993.
81. Rosenbaum, J.F.; Biederman, J.; Gersten, M.; Hirshfeld D.R.; Menerger, S.R.; Herman, J. B.; Kagan, J.; Reznick, S.; Snidman, N. Behavioral inhibition in childhood of parents with panic disorder and agoraphobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 45:463, 1988.
82. Roy-Byrne, P.P.; Geraci, M.; Uhde, T.W. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143:1424-1427, 1986.
83. Roy-Byrne, P.P.; Cowley, D.L. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow up studies. *Anxiety* 1:151-160, 1995.
84. Roy-Byrne, P.P.; Stein, M.D.; Russo, J.; Mercier, E.; Thomas, R.; McQuaid, J.; Katon, W.J.; Craske, M.; Bystritsky, A.; Sherbourne, C.D. Panic disorder in Primary Care Setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry* 60:7:492-99, 1999.
85. Sammallahti, P.; Aalberg, V.; Pentinsaari, J-P. Does defense style vary with severity of mental disorder?. *Acta Psychiatr Scand* 90: 290-294 (1994).
86. Schwartz, V. The Panic Disorder Psychodynamic Model (Letter to the Editor). *Am J Psychiatry* 151 (5): 786, 1994.
87. Shapiro, T. The psychodynamic formulation in child and adolescence psychiatry. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:675-680, 1989.

88. Shear, M.K.; Cooper, A.M.; Klerman, G.L.; Busch, F.N.; Shapiro, T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 150:859-866, 1993.
89. Sheehan, D.V. Current Concepts in the Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 60(18): 16-21, 1999.
90. Sheikh, J.I.; Londeborg, P.; Clary, C.M.; Fayyad, R. The efficacy of sertraline in panic disorder: combined results from two fixed-dose studies. *International Clinical Psychopharmacology* 15: 335-342, 2000.
91. Spiegel, D.A.; Bruce, T.J. Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry* 154:773-781, 1997.
92. Spinhoven, P.; Kooiman, C.G. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94 1997.
93. Starcevic, V.; Uhlenhuth, E.H. Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 18, 6(suppl 2):1S, 1998.
94. Torgersen, S. Genetic Factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 40:1085-1089, 1983.
95. Trijsburg, R.W.; Rutger, W.; Van T', S.; Adriaan, M.S.; Van Henricus, L.M.S.; Hesselink, A.J.; Duivenvoorder, H.J. Measuring Overall Defensive Functioning with the Defense Style Questionnaire: A Comparison of Different Scoring Methods. *J Nerv Ment Dis* 188(7): 432-439, 2000.
96. Uhde, T.W.; Boulenger, J.P.; Roy-Byrne, P.P.; Geraci, M.F.; Vittone, B.J.; Post, R.M. Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 9:39-51, 1985.

97. Vaillant, G.E. Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 24: 107-118 (1971).
98. Vaillant, G.E. Natural History of Male Psychological Health. *Arch Gen Psychiatry* 33: 535-545 (1976).
99. Vaillant, G.E. Adaptive Mental Mechanisms. Their Role in a Positive Psychology. *American Psychologist* 55(1): 89-98, 2000.
100. Wiborg, I.M.; Dahl, A.A. Does Brief Dynamic Psychotherapy Reduce the Relapse Rate of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53: 689-694, 1996.
101. Wiborg, I.M.; Dahl, A.A. The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 96: 58-63, 1997.
102. Yacubian, J.; Minutentag, N. Tratamento do transtorno do pânico com inibidores da recaptura de serotonina. *Rev Psiq Clin* 28(1): 19-22, 2001.
103. Yuan, Y.; Zhang, X.B.; Wu, A.Q. Defense Mechanisms in Chinese patients with comorbid anxiety and depression. *J Nerv Ment Dis* 190(4):265-267, 2002.

7 ARTIGOS

7.1 Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms
and Their Association with Severity –

Versão em Inglês.

7.2. Pacientes Brasileiros com Transtorno do Pânico: O Uso de
Mecanismos de Defesa e Sua Associação com Gravidade –

Versão em Português.

7.1 BRAZILIAN PATIENTS WITH PANIC DISORDER: THE USE OF DEFENSE MECHANISMS AND THEIR ASSOCIATION WITH SEVERITY.#

Letícia Kipper, M.D¹., Carolina Blaya, M.D¹., Betina Teruchkin, M.D¹., Elizeth Heldt, R.N., M.S¹., Luciano Isolan, M.D¹., Kelin Mezzomo¹, Michael Bond, M.D²., Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

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

² Department of Psychiatry, McGill University and Jewish General Hospital, Montreal, Canada.

Artigo aceito para publicação na revista ***Journal of Nervous and Mental Disease***

BRAZILIAN PATIENTS WITH PANIC DISORDER: THE USE OF DEFENSE MECHANISMS AND THEIR ASSOCIATION WITH SEVERITY

Abstract

This study aims at evaluating the defense mechanisms most frequently used by Brazilian patients with panic disorder when compared to a control group as well as at examining the association between severity of disease and co morbidity and the use of specific defense mechanisms. Sixty panic disordered patients and thirty-one controls participated in the study. The Mini International Neuropsychiatric Interview was used to confirm the panic disorder diagnosis and to establish the co morbid diagnosis. The Clinical Global Impression (CGI) was used to assess severity and the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) was used to evaluate the defense mechanisms. Panic patients used more neurotic (mean=4.9 vs. 3.6; $p<0,001$) and immature (mean=3.9 vs. 2.8; $p< 0,001$) defenses as compared to controls. Panic patients with severe disease ($n=37$; $CGI>4$) had more depression co morbidity and used more immature defenses than patients with $CGI<4$ ($n=23$; mean=4.2 vs. 3.5; $p<0.001$). It was concluded that the Panic severity and depression co morbidity found in Brazilian panic disordered patients are associated with the use of maladaptive mechanisms, namely immature defenses.

Uniterms: Panic disorder, defense mechanism, DSQ-40, severity.

INTRODUCTION

Several factors have been implicated in the etiology of panic disorder including biological, genetical, psychosocial, cognitive-behavioral and psychodynamic factors (APA, 1994; Gorman, 2000). Patients with panic disorder show a certain psychological vulnerability which precedes the beginning of the disease (Roy-Byrne et al., 1986; Rappe et al., 1990; Manfro et al., 1996). The study of defense mechanisms used by panic patients in different cultures may be useful in understanding and treating this disorder (Andrews et al., 1989).

Defense mechanisms represent an important dimension of the structure of personality. They are involved in the control of anxiety and other affective states, as well as in the determination of behavior patterns. In her paper entitled "The Ego and the Defense Mechanisms", Anna Freud (1966) suggested that everyone uses a characteristic pattern of defense mechanisms. In 1994, the DSM IV described the defense mechanisms as automatic psychological processes which protect the individual against anxiety and from the awareness of internal or external dangers or stressors. Vaillant (1971, 1976), as well as the DSM IV (APA, 1994), classified the defense mechanisms in a hierarchic form in accordance with the psychodynamic theory.

Bond and colleagues (1983, 1986) developed a self-report questionnaire, the DSQ (Defense Style Questionnaire), in order to evaluate the conscious derivatives of defense mechanisms so as to elicit manifestations of a subject's characteristic style of dealing with conflict, either consciously or unconsciously. This was based on the assumption that people are able to accurately comment on their behavior from a distance. The DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*) is a

self-report instrument, relabeled in accord with a draft DSM-III-R glossary of defense mechanisms, which can be represented by three groups of factors: mature, neurotic and immature (Pollock, 1989).

Evidence suggests that each anxiety disorder shows a characteristic pattern of defenses that seems to differ from the defense styles used by the non-patient population. Generally, patients with anxiety disorders show lower scores on mature defenses and higher scores on neurotic and immature defenses when compared to a control group (Andrews et al., 1989; Bond and Vaillant, 1986; Pollock and Andrews, 1989; Spinhoven and Koiman, 1997).

In a study by Pollock and Andrews (1989) patients with the diagnosis of panic disorder, agoraphobia, social phobia, and obsessive–compulsive disorder were compared to normal individuals in order to evaluate the differences in the defense patterns between the groups. The study found that the patients with panic disorder and agoraphobia used significantly more elevated rates of displacement, reaction formation and somatization than the control group did. The patients with social phobia used more displacement and devaluation, and the patients with obsessive–compulsive disorder used undoing, projection and acting-out as predominant defenses more frequently. A study that evaluated defense mechanisms in 483 patients with anxiety or depressive disorders and individuals with no psychiatric disorder found that patients with anxiety disorders had significantly more elevated scores for neurotic defenses than the other two groups and significantly lower rates for mature defenses than the control group. Depressive and anxiety disorders have been positively associated with the use of

immature and neurotic defenses, and negatively associated with the use of mature defenses (Spinhoven and Kooiman, 1997).

Andrews and collaborators (1993) also found that patients with anxiety disorders used the neurotic defense of reaction formation and the immature defenses of devaluation, displacement, projection and somatization more predominantly as compared to the control group. Likewise, when panic patients were compared to patients with dysthymia it was also found that patients with panic disorder used more reaction formation and undoing rather than displacement (Busch et al., 1995).

Despite recent achievements in the research of the neurobiological and cognitive-behavioral aspects related to panic disorder, it is still not possible to fully explain its etiology and the factors that may influence its chronicity. Therefore, further studies to demonstrate a better understanding of the defense mechanism style that may be involved in the etiology or the course of panic disorder have become necessary. It is also relevant to study this issue in samples from developing countries to ascertain whether similar patterns are found across different populations.

The aim of this study is to evaluate the defense mechanisms used by Brazilian patients with panic disorder compared to a control group and to verify the association between the defense style and the severity of the disease as well as between co morbidity and depression.

MATERIALS AND METHODS

Participants

Sixty patients from the Anxiety Disorders Program of the Psychiatry Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, were invited to participate in the study. They all fulfilled the diagnostic criteria of the DSM-IV for Panic Disorder. The control group was made up of 31 normal volunteers who did not fulfill any diagnostic criteria for Axis I psychiatric disorders. These volunteers are all employees at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In order to join the study, all the participants signed a written informed consent.

Instruments

The patients with panic disorder and the control group individuals were evaluated by clinical interview and by the M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0 – DSM IV), a standardized structured diagnostic interview which evaluates the main Axis I Psychiatric Disorders, according to the DSM-IV criteria (Amorim, 2000). The CGI (Clinical Global Impression) was used to determine the severity of the panic disorder. The CGI determines the severity of the disease according to frequency and intensity of panic attacks, anticipatory anxiety, avoidance, family and occupational functioning.

Defense mechanisms were evaluated by the *Defense Style Questionnaire* (DSQ), a 40-question self-report questionnaire (Andrews et al., 1993; Bond et al., 1983). The DSQ evaluates 20 defenses, which are divided into three groups of factors: mature, immature, and neurotic. Four defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation and suppression); four are related to the neurotic factor (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation), and

twelve are related to the immature factor (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, fantasy, denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The DSQ-40 can provide 20 individual scores of the defenses, and the three factor scores (mature, neurotic, and immature). The individual defenses scores are calculated by the average of the two items for each determined defense mechanism, and the factor scores are calculated by the average of the scores of the defenses that belong to each factor. Each item is evaluated on a scale from 1 to 9, where “1” indicates “completely disagree” and “9” indicates “fully agree”. The DSQ has already been validated in two different languages (Sammallahti, 1994; Bonsack, 1998). A Portuguese version is in the process of validation: it has been translated, back translated and applied in a clinical sample (Blaya et al., 2002; Heldt et al., 2003).

Statistical Analysis

The statistical analysis was performed in the SPSS statistical program, version 10.0 for Windows®. The Student t tests have been used to compare age and defense mechanism averages among patients and controls. Chi-square has been used to compare the co morbidities between the two groups. ANOVA with Tukey correction has been used to compare the averages of the defense mechanisms according to the CGI and the co morbidity of depression. The significance level established was $p < 0,05$.

RESULTS

Sixty patients with panic disorder (43 women and 17 men), and thirty-one controls (23 women and 8 men) participated in the study. The mean age of the sample was 39.1 years. The samples did not differ in the sex or age variable.

Eighteen (30%) patients with panic disorder had current depression, nine (15%) had dysthymia, fifty-one (91.7%) agoraphobia, one (1.7%) had bipolar disorder, twelve (20%) had social phobia, one (1.7%) had alcohol abuse, two (3.3%) had a history of psychotic disorder in the past, and twenty-two (36.7%) had generalized anxiety.

The comparison between the defense mechanisms used by panic patients and controls is described in Table 1. Patients and controls equally used the mature defenses. Suppression was used more by controls whereas patients used sublimation more; the net effect on mature defenses was no different. The patients used more neurotic and immature defenses when compared to the control group.

A difference in the pattern of defense mechanisms is observed when the patients are grouped according to the severity of the disease ($CGI \leq 4$ and $CGI > 4$) and compared to the control group. Panic patients, regardless of the severity, used the sublimation, pseudo-altruism, acting-out and somatization defenses more often. On the other hand, the undoing, idealization, projection, passive-aggression, devaluation, fantasy, displacement and splitting defenses were more used by both groups of patients ($CGI \leq 4$ and $CGI > 4$) as a whole and particularly by patients with more severe disease ($CGI > 4$), but not by less severe patients when compared to the controls. Furthermore, patients with severe disease, when compared to the controls, used the neurotic and immature defenses more frequently. The

devaluation and fantasy defenses, as well as the group of immature defenses were statistically and significantly more used by patients with severe panic disorder when compared to the patients with mild/moderate panic. The suppression defense was less used by patients with severe disease (Table 2).

When the severity of patients with panic disorder was correlated with defense mechanisms, a positive correlation between the higher use of projection ($r=0.38$; $p=0.002$), devaluation ($r=0.36$; $p=0.004$), fantasy ($r=0.26$; $p=0.04$), as well as immature defenses as a group ($r=0.36$; $p=0.004$) with the highest score in severity was observed. There was no correlation between severity and other defenses.

No differences were observed in the presence of co morbidities with the exception of depression when patients were grouped into the two categories according to the severity of the disease. Out of the 37 patients with severe panic disorder ($CGI>4$), 16 (43%) have co morbidity with current depression compared to only 2 (8.7%) of the 23 patients with mild/moderate panic disorder ($p=0.01$). The panic patients with depression have a more severe panic disorder. The CGI score for patients without depression is 4.5 ± 0.7 , compared to 5.2 ± 0.6 found in patients with depression co morbidity (Student t test, $p=0.001$).

When the defense mechanisms are grouped according to the severity and the co morbidity with current depression, depression and severe panic disorder may account for the use of maladaptive defense mechanisms (Table 3). 89% of the patients with depression had severe panic disorder. The patients with depression and severe panic differ from the controls because of the more frequent use of sublimation, undoing, pseudo-altruism, idealization, projection, passive-aggression,

acting-out, isolation, devaluation, fantasy, displacement, splitting, somatization as well as neurotic and immature defenses as a group. Besides that, the patients with depression and severe panic had greater use of projection, passive-aggression, isolation, fantasy and immature defenses as a group when compared to severe panic disordered patients without depression. On the other hand, patients without depression but with severe panic disorder differed from the controls in the use of neurotic and immature defenses.

DISCUSSION

In this study, Brazilian patients with panic disorder showed significantly higher scores of neurotic and immature defenses when compared to the control group. This data agrees with the results of some previous studies performed by Spinhoven et al. (1997), and Andrews et al. (1989), and supports the evidence that patients with panic disorder use significantly more maladaptive defense mechanisms than normal controls in different cultures.

No statistically significant difference was found between patients and controls in the use of mature defenses as a group. Sublimation is more used by the group of patients regardless of the severity of the illness and this may happen due to the fact that patients tend to identify themselves as using more defenses compared to controls. Although sublimation is generally characterized as a mature defense, in a study by Vaillant (1976) it was not associated with good adult adjustment, but with resolving specific conflicts. This is in accordance with our findings despite the cultural differences. However, suppression was highly correlated with successful adult adjustment. The capacity for postponement of

gratification is the hallmark of maturity. In our study, suppression is more used by controls than by patients with panic disorder. This finding also corroborates Valliant's data (1976) and possibly the capacity for suppression makes other ego mechanisms less necessary. In our sample, the higher use of suppression and lesser use of sublimation by controls vs. panic disordered patients leaves no difference between the groups in mature defenses as a whole.

The neurotic and immature defense mechanisms described in the literature used by panic patients are: somatization, displacement, reaction formation, undoing, idealization, projection and devaluation (Pollock and Andrews, 1989; Spinhoven and Kooiman, 1997; Andrews et al., 1993; Busch et al., 1995; Busch et al., 1999). We did find almost the same mechanisms in our study but for reaction formation. Both patients and controls in our study seem to endorse the frequent use of reaction formation. In Andrews et al.'s study (1993), controls used less reaction formation than in our study. Some cultural idiosyncrasies may have had an influence. The Brazilian population, predominantly catholic, expresses rage less often since this is culturally inappropriate. It can be suggested that in our culture, reaction formation is frequently used by all individuals and our sample answered the questionnaire with what they supposed is morally accepted. Moreover, in a Japanese study (Nishimura, 1998) reaction formation is considered a mature defense mechanism and not a neurotic one. The literature otherwise validated only the three factors of the DSQ and not each specific defense mechanism. Having considered this, we are going to emphasize the data regarding the mature, neurotic and immature factors.

Comparing the scale of defense mechanisms to the severity of panic symptoms, it is possible to speculate that the use of specific defense mechanisms may be related to the severity of panic disorder in Brazil. It has been observed that patients with mild to moderate panic use much less neurotic and immature defenses than the severe patients compared to the control group. These findings indicate that there is an association between the use of more maladaptive patterns of defense and the severity of panic symptoms.

The presence of co morbidity contributes to severity and, in our sample, the most severely ill patients showed greater co morbidity with major depression. According to the literature, these depressed patients also use more immature defenses, and therefore, it is not possible to determine from this study whether the greater use of maladaptive defenses was due to the severity of panic disorder or to the presence of co morbid depression (Spinhoven and Kooiman et al., 1997).

In the current literature, depressive disorders mainly appear associated with immature defenses, although they are also associated with neurotic defenses (Spinhoven and Kooiman et al., 1997). In a study by Bloch et al. (1993) the authors found that the dysthymic patients scored significantly higher than the panic subjects in devaluation, projection, passive aggression, hypochondriasis, acting out and projective identification defenses, but both groups tended to use lower-maturity defense mechanisms. Thus, the defense mechanisms that might be influenced by the presence of depression in a Brazilian population are in agreement with the mechanisms described as being related to depression in some of the previous studies.

Akkerman et al (1992) studied the defense styles in depressed patients before and after acute treatment. It was verified that the use of neurotic factors did not change but the use of mature defenses increased whereas the use of the immature group decreased after treatment. The same result was found during the follow up period (Akkerman et al, 1999). This is in agreement with our findings which suggested that immature defenses are more related to the severity of panic disorder and the presence of depression as compared to the neurotic and mature group. This data suggested that the neurotic defenses may represent a stable characteristic of the patients and the immature defenses can be modified by the state of the illness.

The finding that patients with more severe panic, and patients with panic co morbid depression use more neurotic and immature defense mechanisms raises the question that these subgroups of patients may form a more severe group, with a more maladaptive functioning which may bring implications to the treatment and prognosis of these patients. It may be suggested that the use of maladaptive defense style is not dependent on the diagnosis or the cultural background but on the severity of the illness. These data are in agreement with another study from our group that shows that panic patients with major depression episodes and more use of immature defenses have a worse response to cognitive-behavioral therapy (Heldt et al., 2003).

The defense mechanisms can be related to panic symptoms in two different ways: 1. The use of predominantly neurotic and immature defense mechanisms may predispose individuals to develop the symptoms or to show a more severe presentation, or 2. The state of anxiety and the symptoms themselves, as well as a

biochemical vulnerability to more severe disorder, can lead to regression and more maladaptive defense use.

Since the present study is a cross-sectional one, it is not possible to make an inference of causality, but it is possible to suggest an association between severity of panic disorder (CGI>4) and co morbid major depression and greater use of neurotic and immature defense styles. On one hand, it is thought that the defense mechanisms are part of a relatively stable way in which an individual copes with conflicts and responds to stressor events. On the other hand, it is also possible that the defense style may be a response to the affective state, for it is known that patients tend to get worse during acute episodes.

CONCLUSION

Our data demonstrated that Brazilian patients with panic disorder used more neurotic and immature defenses as compared to controls and that patients with severe disease used more immature defenses than patients with less severe illness. So panic severity and the presence of co morbidity are significantly correlated with the use of maladaptive defense mechanisms, especially immature defenses in panic patients. Our data, despite being from a developing country, in contrast to the original sample where the questionnaire was created, showed similar results to those reported in the literature.

Further studies are necessary to examine whether the maladaptive pattern of defense is also evident in panic disorder under remission. Defense style could represent vulnerability for more severe disease, relapses, chronicity and poorer

outcome and must be taken into consideration when planning the adequate treatment.

REFERENCES

1. Akkerman K, Carr V, Lewin T (1992) Changes in Ego Defenses with Recovery from Depression. *J Nerv Ment Dis* 180: 634-638.
2. Akkerman K, Lewin T, Carr V (1999) Long-Term Changes in Defense Style among Patients Recovering from Major Depression. *J Nerv Ment Dis* 187: 80-87.
3. American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 22(3): 106-115.
5. Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460.
6. Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181(4):246-256.
7. Blaya C, Teruchkin B, Isolan R, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata V, Kipper LC, Heldt E, Maltz S, Manfro GG (2002) Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Controle. *R Psiquiatr RS* 24(3): 305-310.
8. Bloch AL, Shear MK, Markowitz JC, Leon AC, Perry JC (1993) An Empirical Study of Defense Mechanisms in Dysthymia. *Am J Psychiatry* 150(8): 1194-1198.

9. Bond M, Vaillant JS (1986) An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry* 43: 285-288.
10. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338.
11. Bonsack Ch, Desplant JN, Spagnoli J (1998) The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom* 67: 24-30.
12. Busch FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC (1995) An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 183:299-303.
13. Busch FN, Milrod BL, Singer MB (1999) Theory and Technique in Psychodynamic Treatment of Panic Disorder. *J Psychother Pract Res* 8(3): 234-242.
14. Freud A (1966) *The Ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
15. Gorman JM (2000) Anxiety Disorders: Introduction and Overview. In Kaplan & Sadock's, *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed, Vol 1, pp 1441-1444). Lippincott Williams & Wilkins.
16. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW (2003) Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 43-48.
17. Manfro GG, Otto M, Mc Ardle ET, Worthington III JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH (1996) Relationship of Precipitant Life Events and Childhood

- History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *J Affect Disord* 41:135-139.
18. Nishimura R (1998) Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: 419-424.
 19. Pollock C, Andrews G (1989) Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 146(11):1500-1502.
 20. Rappe RM, Litwin EM, Barlow DH (1990) Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *Am J Psychiatry* 147:640-644.
 21. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW (1986) Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143:1424-1427.
 22. Sarnallahi P, Aalberg V, Pentinsaari J-P (1994) Does defense style vary with severity of mental disorder?. *Acta Psychiatr Scand* 90: 290-294.
 23. Spinhoven P, Kooiman CG (1997) Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94.
 24. Vaillant GE (1971) Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 24: 107-118.
 25. Vaillant GE (1976) Natural History of Male Psychological Health. *Arch Gen Psychiatry* 33: 535-545.

FOOTNOTES

¹ Post-Graduate Program in Medical Science: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Anxiety Disorder Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. Send reprint requests to: Gisele Gus Manfro, MD, PhD, Luis Manoel Gonzaga 630/11, 90470-280 – Porto Alegre, RS, Brazil

² Department of Psychiatry, McGill University and Jewish General Hospital, Montreal, Canada.

Table 1. Defense Mechanisms used by patients with panic disorders and controls

Defense Mechanisms	Patients (mean \pm SD)	Controls (mean \pm SD)	p*	Difference (IC 95%)
Sublimation	6.5 \pm 1.9	4.4 \pm 2.0	<0.001	0.4 (-2.9; -1.1)
Humor	5.2 \pm 2.3	5.5 \pm 2.4	0.67	0.5 (-0.8; 1.2)
Anticipation	6.5 \pm 2.1	5.3 \pm 2.3	0.03	0.5 (-2.1; -0.1)
Suppression	3.9 \pm 2.0	5.1 \pm 2.0	0.01	0.4 (0.2; 2.0)
Mature defenses	5.5 \pm 1.5	5.1 \pm 1.4	0.16	0.3 (-1.1; 0.1)
Undoing	5.1 \pm 2.2	3.2 \pm 1.8	<0.001	0.4 (-2.7; -0.9)
Pseudo-altruism	6.2 \pm 2.0	4.6 \pm 2.2	0.001	0.4 (-2.6; -0.6)
Idealization	3.6 \pm 2.2	2.2 \pm 1.6	0.001	0.4 (-2.2; -0.5)
Reaction formation	4.6 \pm 2.1	4.4 \pm 2.0	0.65	0.4 (-1.1; 0.7)
Neurotic Defenses	4.9 \pm 1.4	3.6 \pm 1.3	<0.001	0.3 (-1.8; -0.6)
Projection	2.5 \pm 1.8	1.4 \pm 1.0	0.003	0.3 (-1.7; -0.3)
Passive-aggression	3.2 \pm 1.8	1.8 \pm 1.0	<0.001	0.3 (-2.1; -0.7)
Acting out	5.3 \pm 2.3	3.0 \pm 2.0	<0.001	0.4 (-3.2; -1.3)
Isolation	3.8 \pm 2.4	3.0 \pm 2.4	0.12	0.5 (-1.9; 0.2)
Devaluation	4.4 \pm 1.7	3.2 \pm 1.7	0.005	0.3 (-1.9; -0.3)
Fantasy	3.8 \pm 2.3	1.7 \pm 1.3	<0.001	0.4 (-2.9; -1.1)
Denial	3.0 \pm 1.9	2.8 \pm 1.4	0.54	0.3 (-0.9; 0.5)
Displacement	3.6 \pm 2.2	2.6 \pm 1.7	0.01	0.4 (-1.9; -0.1)
Dissociation	2.2 \pm 1.6	2.4 \pm 1.4	0.51	0.3 (-0.4; 0.8)
Splitting	5.1 \pm 1.9	3.4 \pm 1.9	<0.001	0.4 (-2.5; -0.8)
Rationalization	5.1 \pm 1.6	5.3 \pm 1.6	0.52	0.3 (-0.4; 0.9)
Somatization	5.4 \pm 2.4	2.9 \pm 1.9	<0.001	0.4 (-3.4; -1.5)
Immature defenses	3.9 \pm 1.0	2.8 \pm 0.9	<0.001	0.2 (-1.5; -0.7)

* Student t Test

Table 2. Defense Mechanisms according to the severity in the panic patients and controls

Defense Mechanisms	Controls (n=31)	Patients with CGI \leq 4 (n=23)	Patients with CGI > 4 (n=37)	p Ω
Sublimation	4.4 \pm 2.0	6.5 \pm 2.0*	6.5 \pm 1.8*	<0.001
Humor	5.5 \pm 2.4	5.1 \pm 2.6	5.3 \pm 2.1	0.89
Anticipation	5.3 \pm 2.3	6.2 \pm 2.1	6.6 \pm 2.1*	0.05
Suppression	5.1 \pm 2.0	4.4 \pm 2.2	3.6 \pm 1.8*	0.01
Mature defenses	5.1 \pm 1.4	5.6 \pm 1.6	5.5 \pm 1.4	0.37
Undoing	3.2 \pm 1.8	4.5 \pm 2.3	5.4 \pm 2.1*	<0.001
Pseudo-altruism	4.6 \pm 2.2	6.0 \pm 2.3*	6.3 \pm 1.8*	0.003
Idealization	2.2 \pm 1.6	3.0 \pm 1.9	4.0 \pm 2.3*	0.002
Reaction formation	4.4 \pm 2.0	4.7 \pm 2.4	4.6 \pm 1.9	0.90
Neurotic Defenses	3.6 \pm 1.3	4.5 \pm 1.4	5.1 \pm 1.5*	<0.001
Projection	1.4 \pm 1.0	1.9 \pm 1.4	2.9 \pm 1.9*	<0.001
Passive-aggression	1.8 \pm 1.0	2.6 \pm 1.5	3.6 \pm 1.9*	<0.001
Acting out	3.0 \pm 2.0	4.7 \pm 2.2*	5.6 \pm 2.3*	<0.001
Isolation	3.0 \pm 2.4	3.7 \pm 2.4	3.9 \pm 2.4	0.28
Devaluation	3.2 \pm 1.7	3.6 \pm 1.7	4.8 \pm 1.6* **	<0.001
Fantasy	1.7 \pm 1.3	2.9 \pm 1.9	4.4 \pm 2.5* **	<0.001
Denial	2.8 \pm 1.4	2.7 \pm 2.0	3.2 \pm 1.8	0.41
Displacement	2.6 \pm 1.7	3.1 \pm 2.1	4.0 \pm 2.2*	0.02
Dissociation	2.4 \pm 1.4	1.7 \pm 1.3	2.4 \pm 1.7	0.19
Splitting	3.4 \pm 1.9	4.6 \pm 1.7	5.4 \pm 2.0*	<0.001
Rationalization	5.3 \pm 1.6	5.5 \pm 1.5	4.8 \pm 1.6	0.23
Somatization	2.9 \pm 1.9	4.7 \pm 2.5*	5.8 \pm 2.2*	<0.001
Immature Defenses	2.8 \pm 0.9	3.5 \pm 0.8*	4.2 \pm 1.0* **	<0.001

Ω ANOVA

* Difference compared to control, $p < 0.05$

** Difference compared to patients with CGI \leq 4, $p < 0.05$

Table 3. Defense mechanisms according to co morbidity with depression and severity of the panic disorder compared to controls (ANOVA).

Defense Mechanisms	Controls (n=31)	Panic Patients (n=60)		
		Without depression (n=42)		With depression (n=18)
		CGI ≤ 4 (n=21)	CGI > 4 (n=21)	CGI > 4 (n=16)
Sublimation	4.4 ± 2.0	6.6 ± 2.1*	6.6 ± 1.9*	6.2 ± 1.7*
Humor	5.5 ± 2.4	5.3 ± 2.5	5.3 ± 2.2	5.3 ± 2.1
Anticipation	5.3 ± 2.3	6.5 ± 1.8	7.1 ± 1.9*	5.9 ± 2.2
Suppression	5.1 ± 2.0	4.6 ± 2.2	3.7 ± 1.9	3.5 ± 1.6
Mature Defenses	5.1 ± 1.4	5.8 ± 1.4	5.7 ± 1.5	5.2 ± 1.3
Undoing	3.2 ± 1.8	4.3 ± 2.2	5.0 ± 2.4*	5.9 ± 1.6*
Pseudo-altruism	4.6 ± 2.2	5.8 ± 2.3	6.0 ± 2.0	6.8 ± 1.4*
Idealization	2.2 ± 1.6	2.7 ± 1.7	3.5 ± 2.2	4.6 ± 2.3* **
Reaction formation	4.4 ± 2.0	4.7 ± 2.3	4.5 ± 2.2	4.8 ± 1.4
Neurotic Defenses	3.6 ± 1.3	4.4 ± 1.2	4.7 ± 1.6*	5.5 ± 1.1*
Projection	1.4 ± 1.0	1.8 ± 1.3	2.2 ± 1.3	3.8 ± 2.1* ** **
Passive-aggression	1.8 ± 1.0	2.5 ± 1.5	2.9 ± 1.6	4.5 ± 1.9* ** **
Acting out	3.0 ± 2.0	4.6 ± 2.1	5.2 ± 2.3*	6.2 ± 2.1*
Isolation	3.0 ± 2.4	3.5 ± 2.2	2.7 ± 2.0	5.4 ± 2.1* **
Devaluation	3.2 ± 1.7	3.6 ± 1.7	4.3 ± 1.6	5.4 ± 1.5* **
Fantasy	1.7 ± 1.3	3.0 ± 1.9	3.6 ± 2.1*	5.4 ± 2.6* ** **
Denial	2.8 ± 1.4	2.7 ± 2.1	3.4 ± 2.0	3.0 ± 1.6
Displacement	2.6 ± 1.7	3.1 ± 2.1	3.4 ± 1.7	4.7 ± 2.6*
Dissociation	2.4 ± 1.4	1.6 ± 0.9	2.0 ± 1.3	3.0 ± 2.0**
Splitting	3.4 ± 1.9	4.5 ± 1.5	5.1 ± 2.0*	5.6 ± 2.1*
Rationalization	5.3 ± 1.6	5.7 ± 1.2	5.3 ± 1.7	4.2 ± 1.3**
Somatization	2.9 ± 1.9	4.3 ± 2.2	5.4 ± 2.3*	6.4 ± 2.1* **
Immature Defenses	2.8 ± 0.9	3.4 ± 0.8	3.8 ± 0.7*	4.8 ± 1.0* ** **

* Difference compared to control, p<0.05

** Difference compared to patients with CGI≤4 without depression, p<0.05

***Difference compared to patients with CGI > 4 without depression, p<0.05

7.2 PACIENTES BRASILEIROS COM TRANSTORNO DO PÂNICO: O USO DE MECANISMOS DE DEFESA E SUA ASSOCIAÇÃO COM GRAVIDADE.

Letícia Kipper, M.D¹., Carolina Blaya, M.D¹., Betina Teruchkin, M.D¹., Elizeth Heldt, R.N., M.S¹., Luciano Isolan, M.D¹., Kelin Mezzomo¹, Michael Bond, M.D²., Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

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

² Departamento de Psiquiatria, McGill University e Jewish General Hospital, Montreal, Canadá.

PACIENTES BRASILEIROS COM TRANSTORNO DO PÂNICO: O USO DE MECANISMOS DE DEFESA E SUA ASSOCIAÇÃO COM GRAVIDADE.

Resumo:

O objetivo do presente trabalho foi avaliar os mecanismos de defesa mais freqüentemente utilizados em pacientes brasileiros com Transtorno do Pânico (TP) em comparação com um grupo controle, bem como avaliar a associação entre a gravidade da doença e co-morbidade e o uso de mecanismos de defesa específicos. Sessenta pacientes com TP e 31 controles participaram do estudo. O *Mini International Neuropsychiatric Interview* foi usado para confirmar o diagnóstico de TP e estabelecer o diagnóstico de co-morbidades. A Impressão Clínica Global (CGI) foi usada para avaliar a gravidade do TP e o *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) foi usado para avaliar os mecanismos de defesa. Pacientes com TP utilizavam mais defesas neuróticas (média=4,9 vs. 3,6; $p<0,001$) e imaturas (média= 3,9 vs. 2,8; $p=0,001$) comparados ao grupo controle. Os pacientes com pânico grave ($n=37$; $CGI>4$) apresentaram maior co-morbidade com depressão atual e usaram mais defesas imaturas do que os pacientes com $CGI\leq 4$ ($n=23$; média=4,2 vs. 3,5; $p<0,001$). Foi concluído que a gravidade do TP e a co-morbidade com depressão encontrada em pacientes brasileiros com TP estão associadas ao uso de mecanismos de defesa mal-adaptativos, isto é, às defesas imaturas.

Unitermos: Transtorno do pânico, mecanismos de defesa, DSQ-40, gravidade.

INTRODUÇÃO

Diversos fatores têm sido implicados na etiologia do Transtorno do Pânico incluindo fatores biológicos, genéticos, psicossociais, cognitivo-comportamentais e fatores psicodinâmicos (APA, 1994; Gorman, 2000). Pacientes com Transtorno do Pânico mostram uma certa vulnerabilidade psicológica que precede o início da doença (Roy-Byrne et al., 1986; Rappe et al., 1990; Manfro et al., 1996). O estudo dos mecanismos de defesa usados por pacientes com Transtorno do Pânico em culturas diferentes pode ser útil no entendimento e tratamento desse transtorno (Andrews et al., 1989).

Os mecanismos de defesa representam uma dimensão importante da estrutura de personalidade. Estão envolvidos no controle da ansiedade e de outros estados afetivos, bem como na determinação de padrões de comportamento. Em seu trabalho intitulado “O Ego e os Mecanismos de Defesa”, Anna Freud (1966) sugeriu que todas as pessoas usam um padrão característico de mecanismos de defesa. Em 1994, o DSM-IV descreveu os mecanismos de defesa como processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a conscientização de perigos ou estressores internos ou externos. Vaillant (1971, 1976), bem como o DSM-IV (APA, 1994), classificaram os mecanismos de defesa em uma forma hierárquica de acordo com a teoria psicodinâmica.

Bond e colaboradores (1983, 1986) desenvolveram um instrumento auto-aplicável, o DSQ (*Defense Style Questionnaire*) para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa, com a intenção de evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconsciente. Isso foi baseado na suposição de que as pessoas

podem comentar acuradamente sobre seu comportamento “à distância”. O DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*) é um questionário auto-aplicável, desenvolvido de acordo com o glossário de mecanismos de defesa do DSM-III-R, que podem ser representados por três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo (Pollock, 1989).

Evidências sugerem que cada transtorno de ansiedade apresenta um padrão característico de defesas que parece diferir do estilo defensivo usado pela população normal. Em geral, pacientes com transtornos de ansiedade mostram menores escores em defesas maduras e maiores escores em defesas neuróticas e imaturas, quando comparados a um grupo controle (Andrews et al., 1989; Bond e Vaillant, 1989; Pollock e Andrews, 1989; Spinhoven e Koiman, 1997).

Em um estudo realizado por Pollock e Andrews (1989), pacientes com diagnóstico de Transtorno do Pânico, Agorafobia, Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo foram comparados a indivíduos normais a fim de avaliar as diferenças no padrão de defesas entre os grupos. O estudo encontrou que pacientes com Transtorno do Pânico e Agorafobia usaram taxas significativamente mais elevadas de deslocamento, formação reativa e somatização do que o grupo controle. Os pacientes com Fobia Social usaram mais freqüentemente deslocamento e desvalorização, e os pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo usaram anulação, projeção e atuação como defesas predominantes. Um estudo que avaliou os mecanismos defensivos em 483 pacientes com transtornos de ansiedade ou transtorno depressivo e indivíduos sem transtorno psiquiátrico encontrou que pacientes com transtornos de ansiedade apresentavam escores significativamente mais elevados de defesas neuróticas do que os outros

dois grupos e taxas significativamente menores de defesas maduras em relação ao grupo controle. Transtornos depressivos e ansiosos têm sido positivamente associados com o uso de defesas imaturas e neuróticas, e negativamente associados com o uso de defesas maduras (Spinhoven e Kooiman, 1997).

Andrews e colaboradores (1993), também encontraram que pacientes com transtornos de ansiedade utilizavam mais a defesa neurótica de formação reativa e as defesas imaturas de desvalorização, deslocamento, projeção e somatização com maior predominância quando comparados ao grupo controle. Além disso, quando pacientes com Transtorno do Pânico foram comparados a pacientes com distímia, também foi encontrado que pacientes com pânico usaram mais formação reativa e anulação ao invés de deslocamento (Busch et al., 1995).

Apesar dos recentes avanços na pesquisa dos aspectos neurobiológicos e cognitivo-comportamentais relacionados ao Transtorno do Pânico, ainda não é possível explicar completamente sua etiologia e os fatores que podem influenciar na sua cronicidade. Dessa forma, tornam-se necessários mais estudos para demonstrar uma melhor compreensão dos estilos defensivos que podem estar envolvidos na etiologia ou no curso do Transtorno do Pânico.

O objetivo desse estudo é avaliar os mecanismos de defesa utilizados por pacientes brasileiros com Transtorno do Pânico comparados a um grupo controle, e verificar a associação do estilo de defesa com a gravidade do transtorno, bem como com a co-morbidade com depressão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

Sessenta pacientes provenientes do Ambulatório de Transtornos de Ansiedade do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, foram convidados a participar do estudo. Todos os pacientes preenchem os critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno do pânico. O grupo controle foi constituído de 31 voluntários normais, que não apresentavam critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos de Eixo I. Esses voluntários são todos funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado para participar do estudo.

Instrumentos

Os pacientes com Transtorno do Pânico e os indivíduos controles foram avaliados por entrevista clínica e através do M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0 – DSM IV*), uma entrevista diagnóstica estruturada que avalia de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I, de acordo com os critérios do DSM-IV. O CGI (*Clinical Global Impression*) foi utilizado para determinar a gravidade do Transtorno do Pânico. O CGI determina a gravidade da doença de acordo com a frequência e intensidade dos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, evitação e funcionamento familiar e ocupacional.

Os mecanismos de defesa foram avaliados através do *Defense Style Questionnaire* (DSQ), um questionário auto-aplicado que consiste de 40 questões (Andrews et al., 1993; Bond et al., 1983). O DSQ avalia 20 defesas, que são divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas

correspondem ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 defesas ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer os escores das 20 defesas individuais e os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens para determinado mecanismo de defesa, e os escores dos fatores são calculados pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9, “1” indicando “discordo completamente” e “9” indicando “concordo plenamente”. O DSQ já foi validado em duas línguas diferentes (Sammallahti, 1994; Bonsack, 1998). Uma versão em português está em processo de validação: traduzida, retro traduzida e aplicada em amostras clínicas (Blaya et al., 2002; Heldt et al., 2003).

Análise estatística

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico SPSS, versão 10.0 para Windows®. O teste t de Student foi utilizado para comparar as médias de idade e as médias dos mecanismos de defesa entre pacientes e controles. Qui-quadrado foi utilizado para comparar as co-morbidades entre os grupos. ANOVA com correção de Tukey foi utilizado para comparar as médias dos mecanismos de defesa de acordo com o CGI e a co-morbidade com depressão. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Sessenta pacientes com transtorno de pânico (43 mulheres e 17 homens) e trinta e um controles (23 mulheres e 8 homens) participaram do estudo. A média de idade da amostra foi de 39,1 anos. As amostras não diferiram quanto às variáveis sexo e idade.

Dezoito (30%) pacientes com pânico tinham depressão atual, nove (15%) distímia, cinquenta e cinco (91,7%) agorafobia, um (1,7%) transtorno bipolar, doze (20%) fobia social, um (1,7%) abuso de álcool, dois (3,3%) história de transtorno psicótico no passado e vinte e dois (36,7%) ansiedade generalizada.

A comparação entre os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes com pânico e controles está demonstrada na tabela 1. Pacientes e controles utilizaram igualmente as defesas maduras. A supressão foi usada mais pelos controles, enquanto os pacientes usaram mais a sublimação; o efeito “rede” nas defesas maduras não foi diferente. Os pacientes utilizaram mais defesas neuróticas e imaturas quando comparados ao grupo controle.

Quando os pacientes foram agrupados de acordo com a gravidade da doença ($CGI \leq 4$ e $CGI > 4$) e comparados aos controles, uma diferença no padrão de mecanismos de defesa é observada. Pacientes com pânico, independente da gravidade, usaram mais as defesas sublimação, pseudo-altruismo, atuação e somatização. Por outro lado, as defesas anulação, idealização, projeção, agressão passiva, desvalorização, fantasia, deslocamento e cisão são mais usadas por ambos os grupos de pacientes ($CGI \leq 4$ e $CGI > 4$) como um todo e particularmente por pacientes com doença mais grave ($CGI > 4$), mas não por pacientes com doença menos grave, comparados aos controles. Além disso, pacientes com

doença grave, quando comparados aos controles, usaram mais freqüentemente as defesas neuróticas e imaturas. As defesas desvalorização, fantasia e o grupo de defesas imaturas foram usadas significativamente mais pelos pacientes com pânico grave, quando comparados aos pacientes com pânico leve/moderado. A defesa supressão foi menos usada por pacientes com pânico grave (Tabela 2).

Quando a gravidade dos pacientes com Transtorno do Pânico foi correlacionada com os mecanismos de defesa, foi observada uma correlação positiva entre maior uso de projeção ($r=0,38$; $p=0,002$), desvalorização ($r=0,36$; $p=0,004$), fantasia ($r=0,26$; $p=0,04$) e defesas imaturas como um grupo ($r=0,36$; $p=0,004$) com a maior pontuação na gravidade. Não houve correlação entre gravidade e outras defesas.

Quando os pacientes foram agrupados em duas categorias de acordo com a gravidade da doença ($CGI \leq 4$ e $CGI > 4$), não foram observadas diferenças na presença de co-morbidades, com exceção da depressão. Dos 37 pacientes com Transtorno do Pânico grave ($CGI > 4$), 16 (43%) tinham co-morbidade com depressão atual, comparados a somente dois (8,7%) dos 23 pacientes com pânico leve/moderado ($p=0,01$). Os pacientes com pânico com depressão tinham um Transtorno do Pânico mais grave. O escore no CGI para pacientes sem depressão foi $4,5 \pm 0,7$, comparados a $5,2 \pm 0,6$ encontrado em pacientes com co-morbidade com depressão (teste t de Student, $p=0,001$).

Quando os mecanismos de defesa foram agrupados de acordo com a gravidade e a co-morbidade com depressão atual, observou-se que depressão e pânico grave podem contribuir para o uso de mecanismos de defesa mal-adaptativos (Tabela 3). 89% dos pacientes com depressão tinham pânico grave.

Os pacientes com depressão e pânico grave diferiram dos controles por usarem mais freqüentemente sublimação, anulação, pseudo-altruismo, idealização, projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia, deslocamento, cisão, somatização, bem como as defesas neuróticas e imaturas como um grupo. Além disso, os pacientes com depressão e pânico grave apresentaram um uso maior de projeção, agressão passiva, isolamento, fantasia e defesas imaturas como um grupo quando comparados com pacientes com pânico grave sem depressão. Por outro lado, pacientes sem depressão mas com pânico grave diferiram dos controles no uso de defesas neuróticas e imaturas.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, pacientes brasileiros com Transtorno do Pânico apresentaram significativamente escores mais elevados de defesas neuróticas e de defesas imaturas quando comparados ao grupo controle. Esse dado está de acordo com os resultados de alguns estudos prévios realizados por Spinhoven et al. (1997) e Andrews et al. (1989), e corroboram as evidências de que os pacientes com transtorno do pânico utilizam mais significativamente mecanismos de defesa mal-adaptativos do que controles normais em diferentes culturas.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre pacientes e controles na utilização de defesas maduras como um grupo. A sublimação é mais usada pelo grupo de pacientes, independente da gravidade da doença, e isso pode acontecer devido ao fato de que os pacientes podem tender a identificar a si próprios como usando mais defesas comparados aos controles. Apesar da sublimação ser caracterizada geralmente como uma defesa madura, em um

estudo realizado por Vaillant (1976) essa defesa não foi associada com um bom ajustamento na vida adulta, mas com a resolução de conflitos específicos. Isso está de acordo com nossos achados, apesar das diferenças culturais. No entanto, nesse mesmo estudo de Vaillant, a supressão foi altamente correlacionada com ajustamento na vida adulta bem sucedido, sendo a capacidade de adiar a gratificação a marca da maturidade. Em nosso estudo, a supressão é mais usada por controles do que pelos pacientes com Transtorno do Pânico. Esse achado também corrobora os dados de Vaillant (1976) e, possivelmente, a capacidade de supressão torna outros mecanismos de defesa do ego menos necessários. Em nossa amostra, o maior uso da supressão e menor uso da sublimação por controles versus pacientes faz com que não haja diferença entre os grupos nas defesas maduras como um todo.

As defesas neuróticas e imaturas, usadas por pacientes com pânico, descritas na literatura são: somatização, deslocamento, formação reativa, anulação, idealização, projeção e desvalorização (Pollock e Andrews, 1989; Spinhoven e Kooiman, 1997; Andrews et al., 1993; Busch et al., 1995; Busch et al., 1999). No nosso estudo, encontramos quase os mesmos mecanismos descritos, com exceção da formação reativa. Em nosso estudo, tanto pacientes como controles parecem endossar o uso freqüente da formação reativa. No estudo de Andrews et al. (1993), os controles utilizavam menos formação reativa do que em nosso estudo. Algumas idiosincrasias culturais podem ter tido influência nesse achado. A população brasileira, predominantemente católica, expressa raiva menos freqüentemente, uma vez que isso é considerado culturalmente inapropriado. Pode se sugerir que, em nossa cultura, a formação reativa seja

freqüentemente utilizada por todos os indivíduos e que a nossa amostra tenha respondido ao questionário com o que supuseram ser moralmente aceitável. Além disso, em um estudo japonês (Nishimura, 1998), a formação reativa é considerada um mecanismo de defesa maduro e não neurótico. A literatura, no entanto, validou somente os três fatores do DSQ e não cada mecanismo de defesa individualmente. Em função disso, iremos enfatizar os dados relativos aos fatores maduro, neurótico e imaturo.

Comparando a escala de mecanismos de defesa à gravidade dos sintomas do pânico, pode-se especular que o uso de mecanismos de defesa específicos pode estar relacionado à gravidade do Transtorno do Pânico no Brasil. Foi observado que pacientes com pânico leve a moderado usaram menos defesas neuróticas e imaturas do que os pacientes graves, comparados ao grupo controle. Esses achados indicam que há uma associação entre o uso de padrões de defesa mais mal-adaptativos e a gravidade dos sintomas do pânico.

A presença de co-morbidades contribui para a gravidade e, na nossa amostra, os pacientes mais gravemente doentes apresentaram maior co-morbidade com depressão maior. De acordo com a literatura, esses pacientes deprimidos também utilizam mais defesas imaturas e, portanto, não é possível determinar a partir desse estudo, o quanto da maior utilização de defesas mal-adaptativas foi devido à gravidade do Transtorno do Pânico ou à presença de co-morbidade com depressão (Spinhoven e Kooiman, 1997).

Na literatura atual, os transtornos depressivos aparecem especialmente associados às defesas imaturas, mas também são associados às defesas neuróticas (Spinhoven e Kooiman, 1997). Em um estudo realizado por Bloch et al.

(1993), os autores encontraram que pacientes distímicos apresentavam escores significativamente maiores, do que pacientes com pânico, nas defesas desvalorização, projeção, agressão passiva, hipocondríase, atuação e identificação projetiva, mas ambos os grupos tinham a tendência a utilizar mecanismos de defesa de menor maturidade. Então, os mecanismos de defesa que podem ter sido influenciados pela presença de depressão, em uma população brasileira, estão de acordo com os mecanismos descritos em alguns trabalhos anteriores como sendo associados à depressão.

Akkerman et al. (1992) estudaram o estilo defensivo em pacientes deprimidos antes e após o tratamento agudo. Verificou-se que o uso dos fatores neuróticos não mudou, mas o uso das defesas maduras aumentou, enquanto o uso do grupo de defesas imaturas diminuiu após o tratamento. O mesmo resultado foi encontrado durante o período de seguimento (Akkerman et al., 1999). Esses dados estão de acordo com nossos achados, que sugerem que as defesas imaturas podem estar mais relacionadas à gravidade do Transtorno do Pânico e à presença de depressão, comparadas aos grupos de defesas neuróticas e maduras. Esse dado sugere que as defesas neuróticas podem representar uma característica estável dos pacientes e as defesas imaturas podem ser modificadas pelo estado da doença.

O achado de que pacientes com pânico mais grave e pacientes com pânico em co-morbidade com depressão utilizam mais mecanismos neuróticos e imaturos, levanta a questão de que estes subgrupos de pacientes podem formar um grupo com maior gravidade, com funcionamento mais mal-adaptativo, o que pode trazer implicações no tratamento e prognóstico desses pacientes. Pode-se

sugerir que o uso de um estilo de defesa mal-adaptativo não seja dependente do diagnóstico ou do “*background*” cultural, mas da gravidade da doença. Esses dados estão de acordo com outro estudo do nosso grupo que demonstrou que pacientes com pânico com depressão maior e maior uso de defesas imaturas têm uma pior resposta à terapia cognitivo-comportamental (Heldt et al., 2003).

Os mecanismos de defesa podem ser relacionados aos sintomas do pânico de duas maneiras diferentes: 1. O uso de mecanismos de defesa predominantemente neuróticos e imaturos pode predispor os indivíduos a desenvolver os sintomas ou a uma apresentação mais grave desses, ou 2. O estado de ansiedade e os próprios sintomas, bem como uma vulnerabilidade bioquímica à doença mais grave, podem levar à regressão e maior uso de defesas mal-adaptativas.

Como o presente trabalho é um estudo transversal, não é possível fazer uma inferência de causalidade, mas é possível sugerir uma associação entre a gravidade do Transtorno do Pânico (CGI>4) e Depressão Maior em co-morbidade e maior uso de estilos de defesa neuróticos e imaturos. Por um lado, pensa-se que os mecanismos de defesa são parte de um modo relativamente estável do indivíduo resolver os conflitos e responder aos eventos estressores. Por outro lado, também é possível que o estilo de defesa possa ser uma resposta ao estado afetivo, e que os pacientes tendam a piorar durante episódios agudos.

CONCLUSÃO

Nossos dados demonstraram que pacientes brasileiros com Transtorno do Pânico usaram mais defesas neuróticas e imaturas comparados aos controles e

que pacientes com doença grave usaram mais defesas imaturas do que pacientes com doença menos grave. Então, a gravidade do pânico e a presença de comorbidade estão significativamente correlacionadas com o uso de mecanismos de defesa mal-adaptativos, especialmente as defesas imaturas nos pacientes com pânico. Nossos dados, apesar de serem de um país em desenvolvimento, em contraste à amostra original onde o questionário foi criado, demonstrou resultados similares aqueles relatados na literatura.

São necessários novos estudos para examinar se o padrão mal-adaptativo de defesa também é evidente no Transtorno do Pânico em remissão. O estilo de defesa pode representar uma vulnerabilidade para doença mais grave, recaídas, cronicidade e pior resposta ao tratamento, e deve ser levado em conta no planejamento do tratamento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akkerman K, Carr V, Lewin T (1992) Changes in Ego Defenses with Recovery from Depression. *J Nerv Ment Dis* 180: 634-638.
2. Akkerman K, Lewin T, Carr V (1999) Long-Term Changes in Defense Style among Patients Recovering from Major Depression. *J Nerv Ment Dis* 187: 80-87.
3. American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 22(3): 106-115.
5. Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460.
6. Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181(4):246-256.
7. Blaya C, Teruchkin B, Isolan R, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata V, Kipper LC, Heldt E, Maltz S, Manfro GG (2002) Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Controle. *R Psiquiatr RS* 24(3): 305-310.
8. Bloch AL, Shear MK, Markowitz JC, Leon AC, Perry JC (1993) An Empirical Study of Defense Mechanisms in Dysthymia. *Am J Psychiatry* 150(8): 1194-1198.

9. Bond M, Vaillant JS (1986) An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry* 43: 285-288.
10. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338.
11. Bonsack Ch, Desplant JN, Spagnoli J (1998) The French version of the defense style questionnaire. *Psychother Psychosom* 67: 24-30.
12. Busch FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC (1995) An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 183:299-303.
13. Busch FN, Milrod BL, Singer MB (1999) Theory and Technique in Psychodynamic Treatment of Panic Disorder. *J Psychother Pract Res* 8(3): 234-242.
14. Freud A (1966) *The Ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
15. Gorman JM (2000) Anxiety Disorders: Introduction and Overview. In Kaplan & Sadock's, *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed, Vol 1, pp 1441-1444). Lippincott Williams & Wilkins.
16. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW (2003) Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 43-48.
17. Manfro GG, Otto M, Mc Ardle ET, Worthington III JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH (1996) Relationship of Precipitant Life Events and Childhood

- History of Anxiety to the Course of Panic Disorder. *J Affect Disord* 41:135-139.
18. Nishimura R (1998) Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: 419-424.
 19. Pollock C, Andrews G (1989) Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 146(11):1500-1502.
 20. Rappe RM, Litwin EM, Barlow DH (1990) Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *Am J Psychiatry* 147:640-644.
 21. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW (1986) Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143:1424-1427.
 22. Sammallahti P, Aalberg V, Pentinsaari J-P (1994) Does defense style vary with severity of mental disorder?. *Acta Psychiatr Scand* 90: 290-294.
 23. Spinhoven P, Kooiman CG (1997) Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94.
 24. Vaillant GE (1971) Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 24: 107-118.
 25. Vaillant GE (1976) Natural History of Male Psychological Health. *Arch Gen Psychiatry* 33: 535-545.

Tabela 1. Mecanismos de defesa usados por pacientes com transtorno do pânico e controles

Mecanismos de defesa	Pacientes (média \pm DP)	Controles (média \pm DP)	p*	Diferença (IC 95%)
Sublimação	6,5 \pm 1,9	4,4 \pm 2,0	<0,001	0,4 (-2,9; -1,1)
Humor	5,2 \pm 2,3	5,5 \pm 2,4	0,67	0,5 (-0,8; 1,2)
Antecipação	6,5 \pm 2,1	5,3 \pm 2,3	0,03	0,5 (-2,1; -0,1)
Supressão	3,9 \pm 2,0	5,1 \pm 2,0	0,01	0,4 (0,2; 2,0)
Defesas maduras	5,5 \pm 1,5	5,1 \pm 1,4	0,16	0,3 (-1,1; 0,1)
Anulação	5,1 \pm 2,2	3,2 \pm 1,8	<0,001	0,4 (-2,7; -0,9)
Pseudo-altruísmo	6,2 \pm 2,0	4,6 \pm 2,2	0,001	0,4 (-2,6; -0,6)
Idealização	3,6 \pm 2,2	2,2 \pm 1,6	0,001	0,4 (-2,2; -0,5)
Formação reativa	4,6 \pm 2,1	4,4 \pm 2,0	0,65	0,4 (-1,1; 0,7)
Defesas neuróticas	4,9 \pm 1,4	3,6 \pm 1,3	<0,001	0,3 (-1,8; -0,6)
Projeção	2,5 \pm 1,8	1,4 \pm 1,1	0,003	0,3 (-1,7; -0,3)
Agressão Passiva	3,2 \pm 1,8	1,8 \pm 1,0	<0,001	0,3 (-2,1; -0,7)
Atuação	5,3 \pm 2,3	3,0 \pm 2,0	<0,001	0,4 (-3,2; -1,3)
Isolamento	3,8 \pm 2,4	3,0 \pm 2,4	0,12	0,5 (-1,9; 0,2)
Desvalorização	4,4 \pm 1,7	3,2 \pm 1,7	0,005	0,3 (-1,9; -0,3)
Fantasia	3,8 \pm 2,3	1,7 \pm 1,3	<0,001	0,4 (-2,9; -1,1)
Negação	3,0 \pm 1,9	2,8 \pm 1,4	0,54	0,3 (-0,9; 0,5)
Deslocamento	3,6 \pm 2,2	2,6 \pm 1,7	0,01	0,4 (-1,9; 0,1)
Dissociação	2,2 \pm 1,6	2,4 \pm 1,4	0,51	0,3 (-0,4; 0,8)
Cisão	5,1 \pm 1,9	3,4 \pm 1,9	<0,001	0,4 (-2,5; -0,8)
Racionalização	5,1 \pm 1,6	5,3 \pm 1,6	0,52	0,3 (-0,4; 0,9)
Somatização	5,4 \pm 2,4	2,9 \pm 1,9	<0,001	0,4 (-3,4; -1,5)
Defesas imaturas	3,9 \pm 1,0	2,8 \pm 0,9	<0,001	0,2 (-1,5; -0,7)

* Teste t de Student

Tabela 2. Mecanismos de defesa de acordo com a gravidade nos pacientes com transtorno do pânico e controles

Mecanismos de defesas	Controles (n=31)	Pacientes com CGI \leq 4 (n=23)	Pacientes com CGI $>$ 4 (n=37)	p Ω
Sublimação	4,4 \pm 2,0	6,5 \pm 2,0*	6,5 \pm 1,8*	<0,001
Humor	5,5 \pm 2,4	5,1 \pm 2,6	5,3 \pm 2,1	0,89
Antecipação	5,3 \pm 2,3	6,2 \pm 2,1	6,6 \pm 2,1	0,05
Supressão	5,1 \pm 2,0	4,4 \pm 2,2	3,6 \pm 1,8*	0,01
Defesas maduras	5,1 \pm 1,4	5,6 \pm 1,6	5,5 \pm 1,4	0,37
Anulação	3,2 \pm 1,8	4,5 \pm 2,3	5,4 \pm 2,1*	<0,001
Pseudo-altruismo	4,6 \pm 2,2	6,0 \pm 2,3*	6,3 \pm 1,8*	0,003
Idealização	2,2 \pm 1,6	3,0 \pm 1,9	4,0 \pm 2,3*	0,002
Formação reativa	4,4 \pm 2,0	4,7 \pm 2,4	4,6 \pm 1,9	0,90
Defesas neuróticas	3,6 \pm 1,3	4,5 \pm 1,4	5,1 \pm 1,5*	<0,001
Projeção	1,4 \pm 1,0	1,9 \pm 1,4	2,9 \pm 1,9*	<0,001
Agressão Passiva	1,8 \pm 1,0	2,6 \pm 1,5	3,6 \pm 1,9*	<0,001
Acting out	3,0 \pm 2,0	4,7 \pm 2,2*	5,6 \pm 2,3*	<0,001
Isolamento	3,0 \pm 2,4	3,7 \pm 2,4	3,9 \pm 2,4	0,28
Desvalorização	3,2 \pm 1,7	3,6 \pm 1,7	4,8 \pm 1,6* **	<0,001
Fantasia	1,7 \pm 1,3	2,9 \pm 1,9	4,4 \pm 2,5* **	<0,001
Negação	2,8 \pm 1,4	2,7 \pm 2,0	3,2 \pm 1,8	0,41
Deslocamento	2,6 \pm 1,7	3,1 \pm 2,1	4,0 \pm 2,2*	0,02
Dissociação	2,4 \pm 1,4	1,7 \pm 1,3	2,4 \pm 1,7	0,19
Cisão	3,4 \pm 1,9	4,6 \pm 1,7	5,4 \pm 2,0*	<0,001
Racionalização	5,3 \pm 1,6	5,5 \pm 1,5	4,8 \pm 1,6	0,23
Somatização	2,9 \pm 1,9	4,7 \pm 2,5*	5,8 \pm 2,2*	<0,001
Defesas imaturas	2,8 \pm 0,9	3,5 \pm 0,8*	4,2 \pm 1,0* **	<0,001

 Ω ANOVA

* Diferença em relação ao controle, p<0,05.

** Diferença em relação aos pacientes com CGI \leq 4, p<0,05.

Tabela 3. Mecanismos de defesa conforme co-morbidade com depressão e gravidade do transtorno do pânico comparados com controles (ANOVA).

Mecanismos de defesa	Controles (n=31)	Pacientes com pânico (n=60)		
		Sem depressão (n=42)		Com depressão (n=18)
		CGI ≤ 4 (n=21)	CGI > 4 (n=21)	CGI > 4 (n=16)
Sublimação	4,4 ± 2,0	6,6 ± 2,1*	6,6 ± 1,9*	6,2 ± 1,7*
Humor	5,5 ± 2,4	5,3 ± 2,5	5,3 ± 2,2	5,3 ± 2,1
Antecipação	5,3 ± 2,3	6,5 ± 1,8	7,1 ± 1,9*	5,9 ± 2,2
Supressão	5,1 ± 2,0	4,6 ± 2,2	3,7 ± 1,9	3,5 ± 1,6
Defesas maduras	5,1 ± 1,4	5,8 ± 1,4	5,7 ± 1,5	5,2 ± 1,3
Anulação	3,2 ± 1,8	4,3 ± 2,2	5,0 ± 2,4*	5,9 ± 1,6*
Pseudo-altruismo	4,6 ± 2,2	5,8 ± 2,3	6,0 ± 2,0	6,8 ± 1,4*
Idealização	2,2 ± 1,6	2,7 ± 1,7	3,5 ± 2,2	4,6 ± 2,3* **
Formação reativa	4,4 ± 2,0	4,7 ± 2,3	4,5 ± 2,2	4,8 ± 1,4
Defesas neuróticas	3,6 ± 1,3	4,4 ± 1,2	4,7 ± 1,6*	5,5 ± 1,1*
Projeção	1,4 ± 1,0	1,8 ± 1,3	2,2 ± 1,3	3,8 ± 2,1* ** **
Agressão Passiva	1,8 ± 1,0	2,5 ± 1,5	2,9 ± 1,6	4,5 ± 1,9* ** **
Acting out	3,0 ± 2,0	4,6 ± 2,1	5,2 ± 2,3*	6,2 ± 2,1*
Isolamento	3,0 ± 2,4	3,5 ± 2,2	2,7 ± 2,0	5,4 ± 2,1* **
Desvalorização	3,2 ± 1,7	3,6 ± 1,7	4,3 ± 1,6	5,4 ± 1,5* **
Fantasia	1,7 ± 1,3	3,0 ± 1,9	3,6 ± 2,1*	5,4 ± 2,6* ** **
Negação	2,8 ± 1,4	2,7 ± 2,1	3,4 ± 2,0	3,0 ± 1,6
Deslocamento	2,6 ± 1,7	3,1 ± 2,1	3,4 ± 1,7	4,7 ± 2,6*
Dissociação	2,4 ± 1,4	1,6 ± 0,9	2,0 ± 1,3	3,0 ± 2,0**
Cisão	3,4 ± 1,9	4,5 ± 1,5	5,1 ± 2,0*	5,6 ± 2,1*
Racionalização	5,3 ± 1,6	5,7 ± 1,2	5,3 ± 1,7	4,2 ± 1,3**
Somatização	2,9 ± 1,9	4,3 ± 2,2	5,4 ± 2,3*	6,4 ± 2,1* **
Defesas imaturas	2,8 ± 0,9	3,4 ± 0,8	3,8 ± 0,7*	4,8 ± 1,0* ** **

* Diferença em relação ao controle, $p < 0,05$.

** Diferença em relação aos pacientes com $CGI \leq 4$ sem depressão, $p < 0,05$.

*** Diferença em relação aos pacientes com $CGI > 4$ sem depressão, $p < 0,05$.

7.3 Before and After Treatment Evaluation of Defense Mechanisms in Adult

Patients With Panic Disorder -

Versão em Inglês

7.4 Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes Adultos com Transtorno

do Pânico Antes e Depois do Tratamento –

Versão em Português

7.3 BEFORE AND AFTER TREATMENT EVALUATION OF DEFENSE MECHANISMS IN ADULT PATIENTS WITH PANIC DISORDER

Letícia Kipper, M.D¹., Carolina Blaya, M.D¹., Betina Teruchkin, M.D¹.,
Elizeth Heldt, R.N., M.S¹., Luciano Isolan, M.D¹., Kelin Mezzomo¹, Michael Bond,
M.D²., Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

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

² Department of Psychiatry, McGill University and Jewish General Hospital, Montreal, Canada.

BEFORE AND AFTER TREATMENT EVALUATION OF DEFENSE MECHANISMS IN ADULT PATIENTS WITH PANIC DISORDER.

ABSTRACT

Defense mechanisms are used to evaluate psychodynamic functioning and are an important dimension of the structure of personality. Studies have demonstrated that patients with panic disorder (PD) use a more maladaptive pattern of defense mechanisms when compared to normal individuals. However, there is little data involving the study of the use of defense mechanisms during the symptomatic stage and after the PD treatment. The aim of this study is to evaluate the defense mechanisms used by patients with PD, compared to a control group, and to verify whether these mechanisms modify with the remission of symptoms and whether this is associated with response to the treatment. Methods: Thirty-three panic disordered patients, according to the DSM-IV criteria, and 33 normal volunteers participated in the study. The M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) was used to perform the diagnostic evaluation of patients and controls. The severity of the panic disorder was evaluated by the C.G.I. (Clinical Global Impression) and by the Panic Inventory. The defense mechanisms were evaluated by the DSQ-40 (Defense Style Questionnaire). The instruments were applied at the beginning of the study and 16 weeks later. The patients received a medical treatment with sertraline. Results: Patients with panic disorder used more neurotic and immature defenses when compared to the control group, in the baseline (4.6 vs. 3.6; $p=0.003$ and 3.6 vs. 3.0; $p=0.024$, respectively) and after the treatment (4.2 vs. 3.4; $p=0.042$ and 3.4 vs. 2.8; $p=0.045$,

respectively). After a four-month treatment the group of patients showed a reduction in the use of neurotic (4.6 vs. 4.2; $p=0.049$) and immature (3.6 vs. 3.4 $p=0.035$) defenses. Patients who used more neurotic and immature defenses responded less positively to the treatment. Conclusion: Patients with PD used more maladaptive defenses when compared to the control group, during the baseline and 4 months later. The response to the treatment is associated with lesser use of maladaptive defenses in panic disordered patients. Defense mechanisms are part of an individual's stable way of dealing with conflict, but they are also influenced by the severity of the disease.

UNITERMS: Panic Disorder, Defense Mechanisms, DSQ, course, prognosis.

INTRODUCTION

Ego defense mechanisms have lately been used in research in order to evaluate the psychodynamic functioning of psychiatric patients (Bond et al., 1986; Andrews et al., 1993). The defensive style is considered to be an important dimension of the individual's structure of personality, being defense mechanisms defined according to the DSM-IV as: "Automatic psychological processes which protect the individual against anxiety and from an awareness of internal and external dangers and stressors...which mediate the individual's reaction to emotional conflicts and stressors" (APA, 1994). Besides that, defense mechanisms were hierarchically classified into three defense levels, in accordance with the psychodynamic theory and maturity level: mature, neurotic and immature (Vaillant, 1971, 1976).

Studies carried out in the last two decades, using predominantly the Defense Style Questionnaire – DSQ (Bond, 1983, 1986), showed that individuals with different anxiety disorders (Panic Disorder, Social Phobia, and Obsessive-Compulsive Disorder) use a characteristic pattern of defenses which seems to differ from the defensive style used by normal individuals. Generally, such patients show lower scores on mature defenses and higher scores on neurotic and immature defenses (Pollock & Andrews, 1989; Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997).

In Brazil, Kipper et al. (2003) and Blaya et al. (2002), using the DSQ, have also found evidence that patients with panic disorder and patients with social phobia use more neurotic and immature defenses than normal controls. A study that evaluated patients with panic disorder demonstrated that patients with more

use of immature defenses had a worse response to cognitive-behavioral therapy (Heldt et al., 2003).

However, most studies carried out so far evaluate panic and other anxiety disordered patients in their symptomatic stage. There is little research data evaluating defense mechanisms in patients before and after treatment, that is, in the symptomatic stage and in that of symptoms remission.

Studies evaluating patients in different stages of the disease are of crucial importance, since defense mechanisms may be related to panic symptoms in two different ways: 1. The use of more maladaptive defense mechanisms may predispose individuals to develop the symptoms or to present greater severity, or 2. The state of anxiety and panic symptoms themselves can cause the patients to use more maladaptive defenses.

That is why it is important to determine whether this more maladaptive style of defense is also evident in the remission stage of the disease. If such is the case, the characteristic use of a particular pattern of defenses may indicate that the individual is vulnerable to a future disease, and this may be considered an predictive factor of the course and prognosis of the disease, which should be taken into account in the treatment (Andrews et al., 1989).

It is generally thought that the defensive style is part of a relatively stable aspect of personality (Andrews et al., 1989; Bond, 1992; Vaillant, 1971). However, some authors have demonstrated that the affective state at the moment of the evaluation, and consequently, the symptomatic state, may influence the choice for a defensive pattern. Indeed, it is a well-known fact that people tend to regress during stressful situations and acute crises, and thus they may temporarily use

more immature defenses which they would not resort to otherwise (Holi et al., 1999). Nonetheless, most of the research in this field has been done by evaluating the changes in defensive mechanisms of depressed patients (Akkerman et al., 1992, 1999; Kneepkens et al., 1996; Hoglend & Perry, 1998).

The aim of this study is to evaluate the defense mechanisms used by adult patients with panic disorder as compared to a control group, to verify whether they change after a medical treatment as well as to determine their implications in the response to the treatment.

MATERIALS AND METHODS

Participants

A controlled longitudinal study was carried out with patients who seek medical care at the ward of anxiety disorders of the Psychiatry Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil (PROTAN), or with patients who met the DSM-IV diagnostic criteria for panic disorder and were selected through triage by the research group. 33 panic disordered patients were included in the sample. These patients were all above 18 years of age, had anticipatory anxiety and avoidance symptoms, had had at least 2 panic attacks in the previous month, and were not receiving any type of medicinal or psychotherapeutic treatment over the last 4 months.

The control group was constituted of 33 normal volunteers matched by age and gender, all of which are employees at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre

who were on follow-up at the Occupational Medicine Service and did not fulfill any diagnosis criteria for Axis I psychiatric disorders.

The patients with panic disorder were selected to receive a medicinal treatment with sertraline, a serotonin reuptake selective inhibitor, proven to be effective against panic disorder. The initial dose started at 25mg/day and was increased to up to 150mg/day according to clinical evaluation. Clonazepam was also used when necessary. The follow up and the treatment were made in 16 weeks. The control group individuals were evaluated at their inclusion in the study and 16 weeks later.

Factors of exclusion were: mental retardation, dementia or other organic brain syndromes, alcohol abuse or that of other substances, psychotic disorders, disabling chronic disease and depression higher than moderate to severe (Hamilton scale for depression ≥ 17).

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

Instruments

Before being included in the study, the patients with panic disorder and the control group individuals were evaluated by clinical interview and by the M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV), a standardized and structured diagnostic interview which evaluates the main Axis I Psychiatric Disorders, according to the DSM-IV Criteria. The M.I.N.I. is an

instrument widely used in clinical and research evaluations and it was applied by trained psychiatrists (Amorim, 2000).

The defense mechanisms used were evaluated by the Defense Style Questionnaire (DSQ) (Bond & cols., 1983; Andrews, 1993), a 40-question self-report questionnaire. The DSQ evaluates 20 defenses, which are divided into three groups of factors: mature, neurotic and immature. Four defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation and suppression); four are related to the neurotic factor (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation), and twelve are related to the immature factor (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, “autistic fantasy”, denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The DSQ-40 can provide scores for the 20 individual defenses, and scores for the three factors (mature, neurotic, and immature). The individual defense scores are calculated by the average of the two items for each given defense mechanism, and the factor scores are calculated by the average of the scores of the defenses that belong to each factor. Each item is evaluated on a scale from 1 to 9, where “1” indicates “completely disagree” and “9” indicates “fully agree”. The DSQ was applied to the patients and to the controls at the beginning of the study and 16 weeks later. The DSQ was translated into Portuguese and the same version has already been used in a previous study, having been well understood and accepted by the individuals studied and local results proved to be consistent in relation to the international literature (Blaya et al., 2002; Heldt et al., 2003; Kipper et al., 2003).

The response to medical treatment, as well as the severity of the disease, were determined by the application of two scales: Panic Inventory and Clinical

Global Impression (CGI). These scales were applied to the patients with panic before and after the medical treatment. The Panic Inventory, the CGI and the Hamilton – Anxiety scale were also applied to the panic disordered patients during the medical treatment in weeks: 0, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 and 16, in order to assess the treatment evolution and the necessity for a dose increase. The remission criterion was the absence of panic attacks and CGI ≤ 2 at the end of the treatment.

The Panic Inventory is an instrument that characterizes panic attacks as spontaneous, situational, complete or incomplete. It also characterizes their intensity, duration and frequency, as well the severity of the agoraphobia and the anticipatory anxiety.

The CGI (Clinical Global Impression) determines the global severity of the disease according to the frequency and intensity of panic attacks, level of anticipatory anxiety, level of phobic avoidance, decrease in life quality and necessity of adaptation to the treatment. Its scores vary from 1 (normal, not ill) to 7 (extremely ill) (Guy, 1976).

Statistical Analysis

The statistical analysis of the comparison between the scales applied to patients and controls was performed through the Student t test for independent samples. The comparison of the answers of the scales applied to the patients before and after the treatment and in the controls, in the baseline and 4 months later, was performed through the Student t test for dependent samples. The variance analysis (ANOVA) was also used for repeated measures. The association

between defense mechanisms and response to pharmacological treatment (positive or negative) in panic disordered patients and the association between defense mechanisms used and severity of the panic disorder were made through the t test for independent samples. A significance level of $p < 0.05$ and a study power of 80% were used.

RESULTS

Thirty-three patients with panic disorder (25 women and 8 men) and 33 controls (25 women and 8 men) participated in the study. The mean age of the sample was 38.7 years. The samples did not differ in the gender or age variable. Remission after medical treatment with sertraline was achieved in 75.8% of the patient sample (criteria: $CGI \leq 2$ and $crisis = 0$).

In the group of patients with panic, 30 (90%) had agoraphobia, 9 (27.3%) had generalized anxiety (27.3%) and 7 (21%) had current mild depression.

The comparison between the defense mechanisms used by patients and controls in the baseline and at the end of the following 4 months is described in Table 1. Patients with panic disorder and controls did not differ as to the use of mature defenses in the baseline (5.7 vs. 5.1; $p = 0.052$) and after the 4 months (5.6 vs. 5.3; $p = 0.27$). Patients used significantly more neurotic and immature defenses when compared to the control group, both at the beginning (4.6 vs. 3.6; $p = 0.003$ and 3.6 vs. 3.0; $p = 0.024$, respectively) and at the end of the 4-month follow-up (4.2 vs. 3.4; $p = 0.042$ and 3.4 vs. 2.8; $p = 0.045$, respectively).

The use of defense mechanisms by the patients before and after treatment is shown in figure 1. It was observed, by the use of the t test for dependent

samples, that controls did not change their use of defenses in the baseline and after 4 months (mature: 5.1 vs. 5.3; $p=0.41$, neurotic: 3.6 vs. 3.4; $p=0.22$ and immature: 3.0 vs. 2.9; $p=0.10$). No change in the use of mature defenses was observed among the patients who achieved complete remission ($n=25$), (5.7 vs. 5.6; $p=0.79$), whereas a decrease was verified in the use of neurotic (4.4 vs. 3.8; $p=0.014$) and immature (3.4 vs. 3.0; $p=0.02$) defenses after the treatment. Comparing the change of defense mechanisms before and after the treatment among patients who achieved complete remission of symptoms and those who did not, no difference was observed in the change of mechanisms (mature $p=0.27$, neurotic $p=0.15$ e immature $p=0.23$). The variance analysis (ANOVA) confirms the t test data: patients and controls are groups that differ in relation to the use of neurotic ($p=0.007$) and immature ($p=0.024$) defenses and that there was a change in the use of neurotic ($p=0.020$) and immature ($p=0.008$) defenses after the treatment period. However, according to this same analysis, it was observed that the difference found between the baseline evaluation and the evaluation 4 months later is not different among patients and controls in the three groups of factors (mature $p=0.27$, neurotic $p=0.39$ e immature $p=0.71$).

When the patients were divided according to the severity of the panic disorder, $CGI \leq 4$ (mild to moderate) and $CGI > 4$ (severe) it was verified that there was no difference between the groups in relation to the use of mature (5.6 vs. 5.8; $p=0.5$) and immature defenses (3.5 vs. 3.8; $p=0.25$). Patients with severe panic, however, used significantly more neurotic defenses (5.1 vs. 4.1; $p=0.035$) in relation to the group with mild to moderate panic disorder.

Concerning the response to the treatment, in relation to the use of mature (5.7 vs. 5.8; $p=0.89$) defenses it was observed that there was no difference between the group that responded to the treatment and the group that did not. However, the use of neurotic (4.4 vs. 5.5; $p=0.043$) and immature (3.4 vs. 4.3; $p=0.011$) defenses was significantly higher in the group of patients who did not respond to the medical treatment.

The use of mature, neurotic and immature defenses was not different among the patients who presented co-morbidity with mild depression ($p=0.65$, $p=0.94$ and $p=0.97$, respectively) and generalized anxiety ($p=0.80$, $p=0.31$ e $p=0.26$, respectively).

DISCUSSION

The present work demonstrated that, in our sample, panic disordered patients showed significantly higher scores of neurotic and immature defenses when compared to the control group. Besides, this difference between the two groups became evident even after the acute treatment period of the panic disordered patients.

The verification of this difference between the defensive style profile of panic patients and normal individuals is in accordance with data from the current literature which, by also using self-report instruments or clinical interviews, demonstrates that patients show a less mature or more maladaptive defense profile than the normal population, possibly with implications for their global functioning (Pollock & Andrews, 1989; Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997). This verification also confirms the data found in a previous study

by our group, in which panic patients also used more maladaptive defenses when compared to controls (Kipper et al., 2003).

As in the previous study, this sample presents no difference between patients and controls in the use of mature defenses. In the baseline period, patients also tended to use mature defenses more often than did controls, raising the question that, in general, patients are likely to use more defenses for resolving conflicts when compared to a non-panic disordered population, and identify themselves with a more defensive behavior.

The evidence that the patients who did not achieve complete remission with pharmacological treatment were the same patients who used significantly more neurotic and immature defenses leads one to consider that the maladaptive defensive style may be an predictive factor of a worse response to treatment in panic disordered patients, that is, a factor of higher cronicity. This corroborates the opinion of some authors, who believe that the way individuals deal with stressful situations and conflicts may interfere with their recovery and vulnerability to future setbacks. This is a contributing factor to panic individuals' bad or partial response in terms of symptoms remission, and it must be taken into consideration during the treatment, since these are the patients with higher morbidity and cronicity, and whose general functioning and quality of life is worsened (Andrews et al., 1989; Holi et al., 1999; Andrews et al., 1993; Hoglend & Perry, 1998). This information is also in accordance with studies made with depressed patients, which have shown that aspects of defensive functioning predicted betterment in depressive episodes (Hoglend & Perry, 1998). Another study has also shown that panic patients who

used more maladaptive defenses had a worse response to cognitive-behavioral therapy (Heldt et al., 2003).

The rate of complete remission of panic symptoms in this study is considered to be high, and it may be a good indication of the sample homogeneity. All the patients presented acute symptoms, had not been receiving any treatment in the previous months and did not present co-morbidities such as moderate to severe depression. Mild depression and generalized anxiety in co-morbidity in some patients do not seem to have increased the severity of the group as a whole. The analysis of the association between the use of maladaptive defenses and the severity of the panic disorder showed an association between more severe patients and neurotic defenses. However no association was found related to the immature defenses, as previously described (Kipper et al., 2003). This difference may have occurred due to the fact that the sample used in the present study does not show co-morbidities with humor disorders and did not appear to be refractory to the treatment, differing from the previous study in which 62% of the patients presented severe panic disorder and one third of them suffered from depression. Studies suggest that there is an association between depression and maladaptive defenses, specially the immature ones (Akkerman, 1992, 1999; Kneepkens et al., 1996; Hoglend & Perry, 1998), which leads one to consider that immature defenses are more dependent on the depressive state.

It was observed in this study that there was a decrease in the use of neurotic and immature defenses by panic disordered patients after the treatment period. This comes to show that acute symptoms of panic and anxiety may cause a worsening in the way patients deal with situations of conflict and that, under stress,

those patients use more regressive defenses. Nevertheless, it was also shown that there is a pattern of greater use of maladaptive defenses in that group, which is different from the pattern used by the non-panic disordered population. This pattern did not change, because even after treatment the patients group had a defensive style that differed from the controls' defensive style. This is an indication that, once the acute symptoms decrease or improve and the patients are able to function better again, they show a lesser regression and report less use of maladaptive defenses, though they still maintain the same basic defensive profile (Bond, 1992).

As limitations in the study, the use of a questionnaire that depends on the patients' own report, which can be limited by his or her motivation at the moment of the evaluation and his or her self-knowledge must be pointed out. It must also be taken into account that the measures used are indirect measures of the defenses, which are unconscious intra-psycho processes. Nevertheless, these limitations can be found both in patients and in controls. Besides that, it must be pondered that the follow-up period was one that only showed an improvement in the acute stage of the treatment, and that further studies with long-running follow-ups are necessary.

The data of the present work indicate that panic patients use more maladaptive defenses, and that although these defenses improve with symptoms remission, they still characterize the patients' way of facing stressors, and that this differs from a normal individual's way of doing it. This data must be taken into consideration in the therapeutic planning, since it is a chronicity predictive factor.

Further studies are necessary to examine whether different types of treatment can modify the use of maladaptive defenses by those patients.

REFERENCES

1. Akkerman K, Carr V, Lewin T (1992) Changes in Ego Defenses with Recovery from Depression. *J Nerv Ment Dis* 180: 634-638.
2. Akkerman K, Lewin T, Carr V (1999) Long-Term Changes in Defense Style among Patients Recovering from Major Depression. *J Nerv Ment Dis* 187: 80-87.
3. Albuher, R.C.; Abelson, J.L.; Nesse, R.M. (1998) Defense Mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 155(4): 558-559.
4. American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 22(3): 106-115.
6. Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460.
7. Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181(4):246-256.
8. Blaya C, Teruchkin B, Isolan R, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata V, Kipper LC, Heldt E, Maltz S, Manfro GG (2002) Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Controle. *R Psiquiatr RS* 24(3): 305-310.

9. Bond M, Vaillant JS (1986) An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry* 43: 285-288.
10. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338.
11. Bond, M. (1992) An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: Vaillant GE (eds.): *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, American Psychiatric Press, pp 127-158.
12. Guy, W. (1976) CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rev. Ed. Rockville, MD, 217-222.
13. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW (2003) Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 43-48.
14. Hoglend, P.; Perry, J.C. (1998) Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 186(4): 238-243.
15. Holi, M.M.; Sammallahti, P.R.; Aalberg, V. (1999) Defense Styles Explain Psychiatric Symptoms – An Empirical Study. *J Nerv Ment Dis* 187: 654-660.
16. Kipper, LC; Blaya, C; Teruchkin B; Heldt, E; Isolan, L; Mezzomo, K; Bond, M; Manfro, GG (2003) Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. Aceito para publicação no *J Nerv Ment Dis*.
17. Kneepkens, R.G.; Oakley, L.D. (1996) Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *J Nerv Ment Dis* 184(6): 358-361.

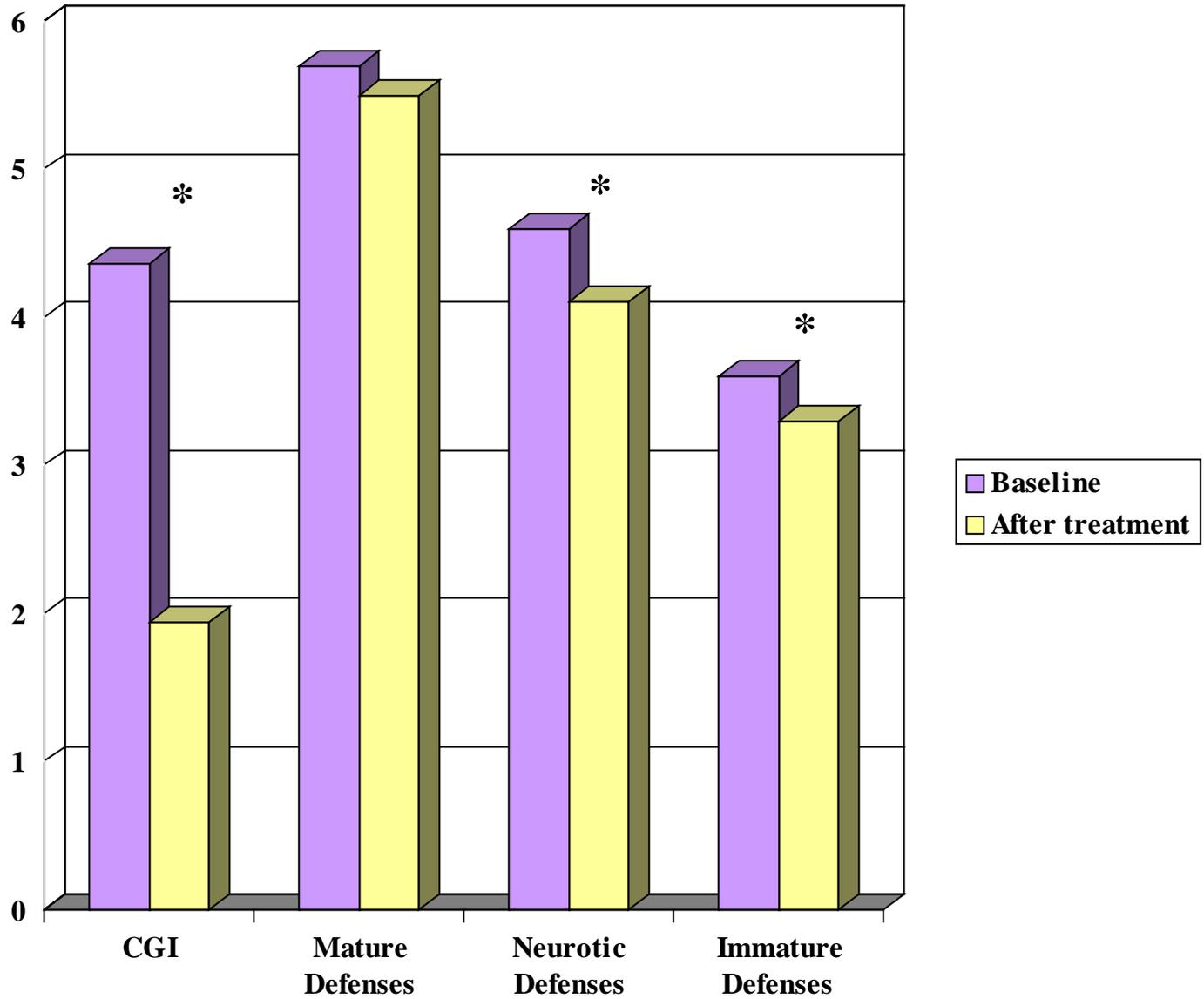
18. Pollack, M.H.; Otto, M.W.; Worthington, J.J.; Manfro, G.G.; Wolkow, R. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 55: 1010-1016, 1998.
19. Pollock C, Andrews G (1989) Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 146(11):1500-1502.
20. Spinhoven P, Kooiman CG (1997) Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94.
21. Vaillant GE (1971) Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 24: 107-118.
22. Vaillant GE (1976) Natural History of Male Psychological Health. *Arch Gen Psychiatry* 33: 535-545.

Table 1. Defense Mechanisms in panic disorder patients compared to controls at baseline and after 4 months.

Defenses	Baseline			After 4 months		
	Patients (n=33)	Controls (n=33)	p*	Patients (n=33)	Controls (n=33)	p*
Mature	5.7 ± 1.0	5.1 ± 1.4	0.052	5.6 ± 1.0	5.3 ± 1.3	0.27
Neurotic	4.6 ± 1.3	3.6 ± 1.3	0.003*	4.2 ± 1.6	3.4 ± 1.3	0.042*
Immature	3.6 ± 0.8	3.0 ± 1.2	0.024*	3.4 ± 1.0	2.8 ± 1.0	0.045*

*Student t test

Figure 1. Defense Mechanisms used by patients with panic disorder at baseline and after treatment.



*p<0,01

7.4 AVALIAÇÃO DOS MECANISMOS DE DEFESA EM PACIENTES ADULTOS COM TRANSTORNO DO PÂNICO ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO

AUTORES: Letícia Kipper, M.D¹., Carolina Blaya, M.D¹., Betina Teruchkin, M.D¹., Luciano Isolan, M.D¹., Kelin Mezzomo¹, Elizeth Heldt, R.N., M.S¹., Michael Bond, M.D²., Gisele Gus Manfro, M.D., PhD¹.

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

² Department of Psychiatry, McGill University and Jewish General Hospital, Montreal, Canada.

AVALIAÇÃO DOS MECANISMOS DE DEFESA EM PACIENTES ADULTOS COM TRANSTORNO DO PÂNICO ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO

RESUMO:

Os mecanismos de defesa são utilizados para avaliação do funcionamento psicodinâmico e são uma dimensão importante da estrutura da personalidade. Estudos demonstram que pacientes com Transtorno do Pânico (TP) utilizam um perfil de mecanismos de defesa mais mal-adaptativo do que indivíduos normais. No entanto, existem poucos dados sobre o uso dos mecanismos de defesa na fase sintomática e após o tratamento do TP. O objetivo desse estudo é avaliar os mecanismos de defesa usados por pacientes com TP, comparados a um grupo controle, verificar se eles modificam com a remissão dos sintomas e se há associação com a resposta ao tratamento. Métodos: Trinta e três pacientes com TP, de acordo com o DSM-IV, e 33 voluntários normais participaram do estudo. O M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) foi usado para avaliação diagnóstica de pacientes e controles. A gravidade do TP foi avaliada através do C.G.I. (Impressão Clínica Global) e pelo Inventário do Pânico. Os mecanismos de defesa foram avaliados através do DSQ-40 (*Defensive Style Questionnaire*). Os instrumentos foram aplicados no início do estudo e após 16 semanas. Os pacientes receberam tratamento medicamentoso com sertralina. Resultados: Pacientes com TP usaram mais defesas neuróticas e imaturas comparados ao grupo controle, no basal (4.6 vs. 3.6; $p=0.003$ e 3.6 vs. 3.0; $p=0.024$, respectivamente) e após o tratamento (4.2 vs. 3.4; $p=0.042$ e 3.4 vs. 2.8; $p=0.045$, respectivamente). Após 4 meses de tratamento houve diminuição no uso de

defesas neuróticas (4.6 vs. 4.2; $p=0.049$) e imaturas (3.6 vs. 3.4 $p=0.035$) no grupo de pacientes. Pacientes que usavam mais defesas neuróticas e imaturas apresentaram pior resposta ao tratamento. Conclusão: Pacientes com TP usaram mais defesas mal-adaptativas quando comparados ao grupo controle, no basal e após 4 meses. A resposta ao tratamento está associada ao uso de menos defesas mal-adaptativas nos pacientes com pânico. Os mecanismos de defesa são parte de uma maneira estável do indivíduo lidar com conflitos, mas também são influenciados pelo estado da doença.

UNITERMOS: Transtorno do Pânico, Mecanismos de Defesa, DSQ, curso, prognóstico.

INTRODUÇÃO

Os mecanismos de defesa do ego vêm sendo utilizados em pesquisas nos últimos anos para avaliação do funcionamento psicodinâmico de pacientes psiquiátricos (Bond et al., 1986; Andrews et al., 1993). O estilo defensivo é considerado uma dimensão importante da estrutura da personalidade do indivíduo, sendo os mecanismos de defesa definidos, de acordo com o DSM-IV como: “Processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a conscientização quanto a perigos ou estressores internos ou externos...que intermediam a reação do indivíduo a conflitos emocionais e a estressores” (APA, 1994). Além disso, os mecanismos de defesa foram classificados hierarquicamente de acordo com a teoria psicodinâmica e grau de maturidade em três níveis de defesa: maduro, neurótico e imaturo (Vaillant, 1971, 1976).

Estudos realizados durante as últimas duas décadas, predominantemente utilizando o *Defensive Style Questionnaire* – DSQ (Bond, 1983, 1986) evidenciaram que indivíduos com diferentes transtornos de ansiedade (Transtorno do Pânico, Fobia Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo) utilizam um padrão característico de defesas que parece diferir do estilo defensivo usado por indivíduos normais. Em geral, esses pacientes mostram menores escores no uso de defesas maduras e maiores escores de defesas neuróticas e imaturas (Pollock & Andrews, 1989; Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997).

No Brasil, Kipper et al. (2003) e Blaya et al. (2002), utilizando o DSQ, também evidenciaram que pacientes com Transtorno do Pânico e pacientes com Fobia Social utilizam mais defesas neuróticas e imaturas do que indivíduos controles normais. Um estudo que avaliou pacientes com Transtorno do Pânico

demonstrou que os pacientes que usavam mais defesas imaturas apresentavam pior resposta à terapia cognitiva-comportamental (Heldt et al., 2003).

A maioria dos estudos já realizados, entretanto, avalia os pacientes com Transtorno do Pânico e com os outros transtornos de ansiedade na sua fase sintomática. Existem poucos dados de pesquisa avaliando os mecanismos de defesa nos pacientes antes e depois do tratamento, ou seja, na fase sintomática e na fase de remissão dos sintomas.

Estudos que avaliem os pacientes em diferentes estágios da doença são de fundamental importância uma vez que os mecanismos de defesa podem estar associados aos sintomas do pânico de duas maneiras: 1. O uso de mecanismos de defesa mais mal-adaptativos pode predispor os indivíduos a desenvolver os sintomas ou a apresentar uma gravidade maior, ou 2. O estado de ansiedade e os próprios sintomas do pânico podem fazer com que os pacientes passem a utilizar mais defesas mal-adaptativas.

Por isso, torna-se importante determinar se esse estilo defensivo mais mal-adaptativo também é evidente na doença em remissão pois, se esse for o caso, o uso característico de um padrão particular de defesas pode representar uma vulnerabilidade do indivíduo para doença futura, podendo ser considerado um fator preditor do curso e prognóstico da doença, que deve ser levada em conta no tratamento (Andrews et al., 1989).

Em geral, pensa-se que o estilo defensivo faz parte de um aspecto relativamente estável da personalidade (Andrews et al., 1989; Bond, 1992; Vaillant, 1971). No entanto, alguns autores demonstraram que o estado afetivo no momento da avaliação, e por conseqüência, o estado sintomático, pode influenciar

na escolha do padrão defensivo e, de fato, é sabido que as pessoas tendem a regredir em situações de estresse e crises agudas e podem, então, usar transitoriamente defesas mais imaturas, que não usariam de outra forma (Holi et al., 1999). Contudo, a maioria das pesquisas nessa área foram feitas avaliando as alterações dos mecanismos defensivos em pacientes deprimidos (Akkerman et al., 1992 e 1999; Kneepkens et al., 1996; Hoglend & Perry, 1998).

O objetivo do presente estudo é avaliar os mecanismos de defesa utilizados em pacientes adultos com Transtorno do Pânico, comparados a um grupo controle, verificar se eles se modificam após o tratamento medicamentoso e determinar suas implicações na resposta ao tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

Foi realizado um estudo longitudinal, controlado, com pacientes que procuram atendimento no ambulatório de transtornos de ansiedade do Serviço de Psiquiatria do HCPA (PROTAN) ou que foram selecionados mediante triagem pelo grupo de pesquisa, que apresentavam os critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtorno do Pânico. Foram incluídos na amostra 33 pacientes com Transtorno do Pânico, com pelo menos 2 ataques de pânico no último mês, presença de ansiedade antecipatória e sintomas evitativos, com idade superior a 18 anos e que não estavam recebendo qualquer tipo de tratamento medicamentoso ou psicoterápico nos últimos 4 meses.

O grupo controle foi constituído de 33 voluntários normais, pareados por idade e sexo, funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em acompanhamento no Serviço de Medicina Ocupacional, que não apresentavam critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos de Eixo I.

Os pacientes com Transtorno do Pânico foram selecionados para receber tratamento medicamentoso com sertralina, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina, comprovadamente efetivo para Transtorno do Pânico, em doses a partir de 25 mg/dia, aumentadas conforme avaliação clínica até 150 mg/dia, e/ou benzodiazepínico (clonazepan), quando necessário. O tempo de acompanhamento e de tratamento foi de 16 semanas. Os indivíduos controles foram avaliados na inclusão do estudo e 16 semanas após.

Foram fatores de exclusão a presença de retardo mental, quadro demencial ou outra síndrome cerebral orgânica, dependência a álcool ou outras substâncias, transtornos psicóticos, doença crônica incapacitante, depressão maior de moderada e grave intensidade (Escala de Hamilton para depressão ≥ 17).

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

Instrumentos

Os pacientes com Transtorno do Pânico e os indivíduos controles, foram avaliados previamente a sua inclusão no estudo através de entrevista clínica e através do M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV), entrevista diagnóstica estruturada que avalia de modo

padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I, de acordo com os critérios do DSM-IV. O M.I.N.I. é um instrumento amplamente utilizado em avaliações clínicas e de pesquisa e foi aplicado por psiquiatras treinados (Amorim, 2000).

Os mecanismos de defesa utilizados foram avaliados através do *Defense Style Questionnaire* (DSQ) (Bond & cols., 1983; Andrews, 1993), um questionário objetivo auto-aplicado que consiste de 40 questões. O DSQ avalia 20 defesas, que são divididas em três grupos de fatores: maduro, neurótico e imaturo. Quatro defesas correspondem ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 defesas ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, “fantasia autística”, negação, deslocamento, dissociação, cisão, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer os escores das 20 defesas individuais e os escores dos três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens para determinado mecanismo de defesa, e os escores dos fatores, pela média dos escores das defesas que pertencem àquele fator. Cada item é pontuado numa escala de 1 a 9, “1” indicando “discordo completamente” e “9” indicando “concordo plenamente”. O DSQ foi aplicado no início do estudo e após o período de 16 semanas nos pacientes e nos indivíduos controles. O DSQ-40 foi traduzido para o português e a mesma versão já foi utilizada em estudo prévio com boa compreensão e aceitabilidade pelos indivíduos estudados, tendo seus resultados locais se mostrado consistentes com a literatura internacional (Blaya et al., 2002; Heldt et al., 2003; Kipper et al., 2003).

A resposta ao tratamento medicamentoso, bem como a severidade da doença, foram determinados através da aplicação das escalas: Inventário do Pânico e Impressão Clínica Global (CGI), que foram aplicadas antes e após o tratamento medicamentoso nos pacientes com pânico. O Inventário do Pânico, o CGI e a escala Hamilton – Ansiedade também foram aplicados, nos pacientes com Transtorno do Pânico, durante o tratamento medicamentoso, nas semanas: 0, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16, para avaliar a evolução do tratamento e a necessidade de aumento da dose da medicação. O critério de remissão utilizado foi a ausência de ataques de pânico e $CGI \leq 2$ ao final do tratamento.

O Inventário do Pânico é um instrumento que caracteriza os ataques de pânico, em espontâneos, situacionais, completos ou incompletos, sua intensidade, duração, frequência, bem como a severidade da agorafobia e a ansiedade antecipatória .

O CGI (Impressão Clínica Global), determina a severidade global da doença, considerando a frequência e a intensidade dos ataques de pânico, grau de ansiedade antecipatória, nível de evitação fóbica, prejuízo na qualidade de vida e necessidade de adequação do tratamento. Seus escores variam de 1 (normal, não doente) a 7 (extremamente doente) (Guy, 1976).

Análise estatística

A análise estatística da comparação das escalas aplicadas entre pacientes e controles foi realizada através do teste t de Student para amostras independentes. A comparação das respostas das escalas aplicadas aos pacientes, antes e depois do tratamento, e nos controles, no basal e após 4

meses, foi realizada através do teste t de Student para amostras dependentes, além da análise de variâncias (ANOVA) para medidas repetidas. A associação dos mecanismos de defesa e a resposta ao tratamento farmacológico (positiva ou negativa) dos pacientes com Transtorno do Pânico e a associação entre os mecanismos de defesa utilizados e a severidade do Transtorno do Pânico foi realizada através do teste t para amostras independentes. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$ e o poder do estudo 80%.

RESULTADOS

Trinta e três pacientes com TP (25 mulheres e 8 homens) e 33 controles (25 mulheres e 8 homens) participaram do estudo. A média de idade da amostra foi de 38,7 anos. Não houve diferença entre os grupos nas variáveis sexo e idade. A remissão após o tratamento medicamentoso com sertralina foi alcançada em 75,8% da amostra de pacientes (critérios: $CGI \leq 2$ e crise=0).

No grupo de pacientes com pânico, 30 (90%) apresentavam agorafobia, 9 ansiedade generalizada (27,3%) e 7 (21%) apresentavam depressão leve atual.

A comparação dos mecanismos de defesa usados entre pacientes e controles no basal e ao final dos 4 meses de seguimento é descrita na tabela 1. Pacientes com pânico e controles não diferiram quanto ao uso de defesas maduras no basal (5,7 vs. 5,1; $p=0,052$) e após os 4 meses (5,6 vs. 5,3; $p=0,27$). Os pacientes utilizaram significativamente mais defesas neuróticas e imaturas, em relação ao grupo controle, tanto no início (4,6 vs. 3,6; $p=0,003$ e 3,6 vs. 3,0; $p=0,024$, respectivamente) quanto ao final dos 4 meses de seguimento (4,2 vs. 3,4; $p=0,042$ e 3,4 vs. 2,8; $p=0,045$, respectivamente).

O uso de mecanismos de defesa pelos pacientes, antes e depois do tratamento, é mostrado na figura 1. Utilizando-se o teste t para amostras dependentes observou-se que os controles não alteraram seu uso de defesas no basal e após 4 meses (maduras: 5,1 vs. 5,3; $p=0,41$, neuróticas: 3,6 vs. 3,4; $p=0,22$ e imaturas: 3,0 vs. 2,9; $p=0,10$). No grupo dos pacientes que apresentaram remissão ($n=25$), não se observou mudança no uso de defesas maduras (5,7 vs. 5,6; $p=0,79$), enquanto que nas defesas neuróticas (4,4 vs. 3,8; $p=0,014$) e imaturas (3,4 vs. 3,0; $p=0,02$) verificou-se uma diminuição do uso após o tratamento. Comparando a alteração dos mecanismos de defesa, antes e depois do tratamento, entre os pacientes que alcançaram remissão total e os que não alcançaram remissão total dos sintomas, não observou-se diferença na mudança dos mecanismos (maduras $p=0,27$, neuróticas $p=0,15$ e imaturas $p=0,23$). A análise de variâncias (ANOVA) confirma os dados descritos com o teste t de que pacientes e controles são grupos que diferem entre si no uso de defesas neuróticas ($p=0,007$) e imaturas ($p=0,024$) e que houve uma alteração após o período de tratamento nas defesas neuróticas ($p=0,020$) e imaturas ($p=0,008$). No entanto, segundo esta mesma análise, observou-se que a diferença encontrada da avaliação basal para a avaliação após 4 meses não é diferente entre pacientes e controles nos três grupos de fatores (maduras $p=0,27$, neuróticas $p=0,39$ e imaturas $p=0,71$).

Quando os pacientes foram divididos de acordo com a gravidade do Transtorno do Pânico, $CGI \leq 4$ (leve a moderado) e $CGI > 4$ (grave) verificou-se que não houve diferença entre os grupos no uso de defesas maduras (5,6 vs. 5,8; $p=0,5$) e imaturas (3,5 vs. 3,8; $p=0,25$). Pacientes com pânico grave, no entanto,

usaram significativamente mais defesas neuróticas (5,1 vs. 4,1; $p=0,035$) em relação ao grupo com pânico leve a moderado.

Em relação à resposta ao tratamento, observou-se que não houve diferença entre o grupo que respondeu e o grupo que não respondeu ao tratamento no que se refere ao uso de defesas maduras (5,7 vs. 5,8; $p=0,89$). No entanto, o uso de defesas neuróticas (4,4 vs. 5,5; $p=0,043$) e de defesas imaturas (3,4 vs. 4,3; $p=0,011$) foi significativamente maior no grupo de pacientes que não respondeu ao tratamento medicamentoso.

O uso das defesas maduras, neuróticas e imaturas não foi diferente entre os pacientes que apresentavam co-morbidade com depressão de leve intensidade ($p=0,65$, $p=0,94$ e $p=0,97$, respectivamente) e ansiedade generalizada ($p=0,80$, $p=0,31$ e $p=0,26$, respectivamente).

DISCUSSÃO

O presente trabalho demonstrou que, em nossa amostra, os pacientes com Transtorno do Pânico utilizaram, significativamente mais do que o grupo controle, as defesas neuróticas e imaturas. Além disso, essa diferença entre os dois grupos também foi evidenciada mesmo após o período de tratamento agudo nos pacientes com Transtorno do Pânico.

O achado dessa diferença no perfil de estilo defensivo entre pacientes com pânico e indivíduos normais está de acordo com os dados da literatura atual que, também utilizando instrumentos de auto-relato ou entrevistas clínicas, mostra que os pacientes apresentam um perfil de defesas menos maduro, ou mais mal-adaptativo, do que a população normal, trazendo, possivelmente, implicações no

seu funcionamento global (Pollock & Andrews, 1989; Andrews et al., 1993; Spinhoven & Kooiman, 1997). Esse achado também confirma os dados encontrados em trabalho prévio de nosso grupo em que os pacientes com pânico também usavam mais defesas mal-adaptativas em relação aos controles (Kipper et al., 2003).

Da mesma forma que esse estudo prévio, nessa amostra também não foi encontrada diferença em relação ao uso de defesas maduras entre pacientes e controles. Houve uma tendência, na fase basal, de que pacientes utilizassem também as defesas maduras mais freqüentemente que controles, levantando a questão de que possivelmente os pacientes, de uma forma geral, utilizem mais defesas para a resolução de conflitos do que a população sem pânico, e identifiquem-se a si próprios com mais comportamentos defensivos.

O achado de que pacientes que não obtiveram remissão total com o tratamento farmacológico eram os pacientes que também utilizavam significativamente mais defesas neuróticas e imaturas, leva-nos a considerar que o estilo defensivo mal-adaptativo possa ser um fator preditor de pior resposta ao tratamento em pacientes com Transtorno do Pânico, ou seja, fator de maior cronicidade. Esse dado corrobora o pensamento de alguns autores que acreditam que a forma como o indivíduo lida com situações de estresse e conflitos possa interferir em sua recuperação e sua vulnerabilidade para recaídas futuras. Esse fator contribue para que os indivíduos com pânico não respondam, ou tenham uma resposta parcial, na melhora dos sintomas e deve ser considerado no tratamento, uma vez que são pacientes com maior morbidade e cronicidade da doença, além de prejuízo no funcionamento geral e qualidade de vida (Andrews et

al., 1989; Holi et al., 1999; Andrews et al., 1993; Hoglend & Perry, 1998). Esse dado também está de acordo com estudos feitos em pacientes deprimidos que mostraram que aspectos do funcionamento defensivo eram preditores de melhora em episódios depressivos (Hoglend & Perry, 1998). Outro estudo também mostrou que pacientes com pânico que utilizavam mais defesas mal-adaptativas tinham pior resposta à terapia cognitivo-comportamental (Heldt et al., 2003).

A taxa de remissão total dos sintomas do pânico nesse estudo é considerada elevada (Pollack et al., 1998), podendo ser um bom indicativo da homogeneidade da amostra. Todos os pacientes apresentavam sintomas agudos, estavam sem tratamento nos últimos meses e não apresentavam co-morbidades como depressão moderada a grave. A depressão leve e a ansiedade generalizada em co-morbidade em alguns pacientes não parece ter aumentado a gravidade do grupo como um todo. A análise da associação entre o uso de defesas mal-adaptativas e a gravidade do Transtorno do Pânico evidenciou associação entre pacientes mais graves e defesas neuróticas. No entanto, não foi encontrada associação em relação às defesas imaturas, conforme descrito previamente (Kipper et al., 2003). Essa diferença pode ter ocorrido em função de que a amostra do presente trabalho não apresenta co-morbidades com transtorno do humor e não se mostrou refratária ao tratamento, diferentemente do estudo anterior em que 62% dos pacientes apresentaram Transtorno do Pânico grave e um terço da amostra tinha depressão. Estudos sugerem que há uma associação entre depressão e defesas mal-adaptativas, especialmente as defesas imaturas (Akkerman, 1992, 1999; Kneepkens et al., 1996; Hoglend & Perry, 1998), levando-

nos a considerar que as defesas imaturas sejam mais dependentes do estado depressivo.

Nesse estudo, observou-se que houve uma diminuição no uso de defesas neuróticas e imaturas nos pacientes com Transtorno do Pânico após o período de tratamento, o que mostra que os sintomas agudos do pânico e ansiedade podem causar uma piora na forma dos pacientes lidarem com situações de conflitos e que, sob estresse, esses pacientes usem mais defesas mais regressivas. No entanto, mostrou-se também que existe um padrão de maior uso de defesas mal-adaptativas nesse grupo que é diferente da população sem pânico, que se manteve ao longo do tempo, pois mesmo após o tratamento, o grupo de pacientes se diferenciava no estilo defensivo do grupo de controles. Isso é um indicativo de que uma vez que os sintomas agudos se reduzam ou melhorem e os pacientes consigam voltar a funcionar melhor, eles mostram menor regressão e relatam menor uso de defesas mal-adaptativas, mas ainda mantêm o mesmo perfil defensivo básico (Bond, 1992).

Limitações do estudo devem levar em conta o uso de um questionário que depende do próprio relato do paciente, que pode ser limitado pela sua motivação no momento da avaliação e seu auto-conhecimento. Também, deve-se considerar que as medidas utilizadas são medidas indiretas das defesas, que são processos intra-psíquicos inconscientes. No entanto, essas são limitações que podem ser encontradas tanto para pacientes como para controles. Além disso, deve-se ponderar que o tempo de seguimento tratou-se de um tempo que mostra apenas a melhora na fase aguda do tratamento e que novos estudos com seguimento a longo prazo são necessários.

Os dados do presente trabalho indicam que paciente com pânico utilizam mais defesas mal-adaptativas e que essas, apesar de melhorarem com a remissão dos sintomas, continuam caracterizando o modo do paciente enfrentar estressores que difere dos indivíduos normais. Esse dado deve ser considerado no planejamento terapêutico, uma vez que é um preditor de cronicidade.

São necessários novos estudos que avaliem se diferentes modalidades de tratamento podem modificar a utilização de defesas mal-adaptativas nesses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akkerman K, Carr V, Lewin T (1992) Changes in Ego Defenses with Recovery from Depression. *J Nerv Ment Dis* 180: 634-638.
2. Akkerman K, Lewin T, Carr V (1999) Long-Term Changes in Defense Style among Patients Recovering from Major Depression. *J Nerv Ment Dis* 187: 80-87.
3. Albuher, R.C.; Abelson, J.L.; Nesse, R.M. (1998) Defense Mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 155(4): 558-559.
4. American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th edition (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 22(3): 106-115.
6. Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460.
7. Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 181(4):246-256.
8. Blaya C, Teruchkin B, Isolan R, Mezzomo K, Zanardo AP, Hirakata V, Kipper LC, Heldt E, Maltz S, Manfro GG (2002) Avaliação dos Mecanismos de Defesa em Pacientes com Fobia Social: Um Estudo de Caso-Controle. *R Psiquiatr RS* 24(3): 305-310.

9. Bond M, Vaillant JS (1986) An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry* 43: 285-288.
10. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338.
11. Bond, M. (1992) An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: Vaillant GE (eds.): *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, American Psychiatric Press, pp 127-158.
12. Guy, W. (1976) CGI - Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rev. Ed. Rockville, MD, 217-222.
13. Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolan L, Hirakata VN, Otto MW (2003) Treating Medication-Resistant Panic Disorder: Predictors and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy in Brazilian Public Hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 43-48.
14. Hoglend, P.; Perry, J.C. (1998) Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 186(4): 238-243.
15. Holi, M.M.; Sammallahhti, P.R.; Aalberg, V. (1999) Defense Styles Explain Psychiatric Symptoms – An Empirical Study. *J Nerv Ment Dis* 187: 654-660.
16. Kipper, LC; Blaya, C; Teruchkin B; Heldt, E; Isolan, L; Mezzomo, K; Bond, M; Manfro, GG (2003) Brazilian Patients with Panic Disorder: The Use of Defense Mechanisms and Their Association with Severity. Aceito para publicação no *J Nerv Ment Dis*.
17. Kneepkens, R.G.; Oakley, L.D. (1996) Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *J Nerv Ment Dis* 184(6): 358-361.

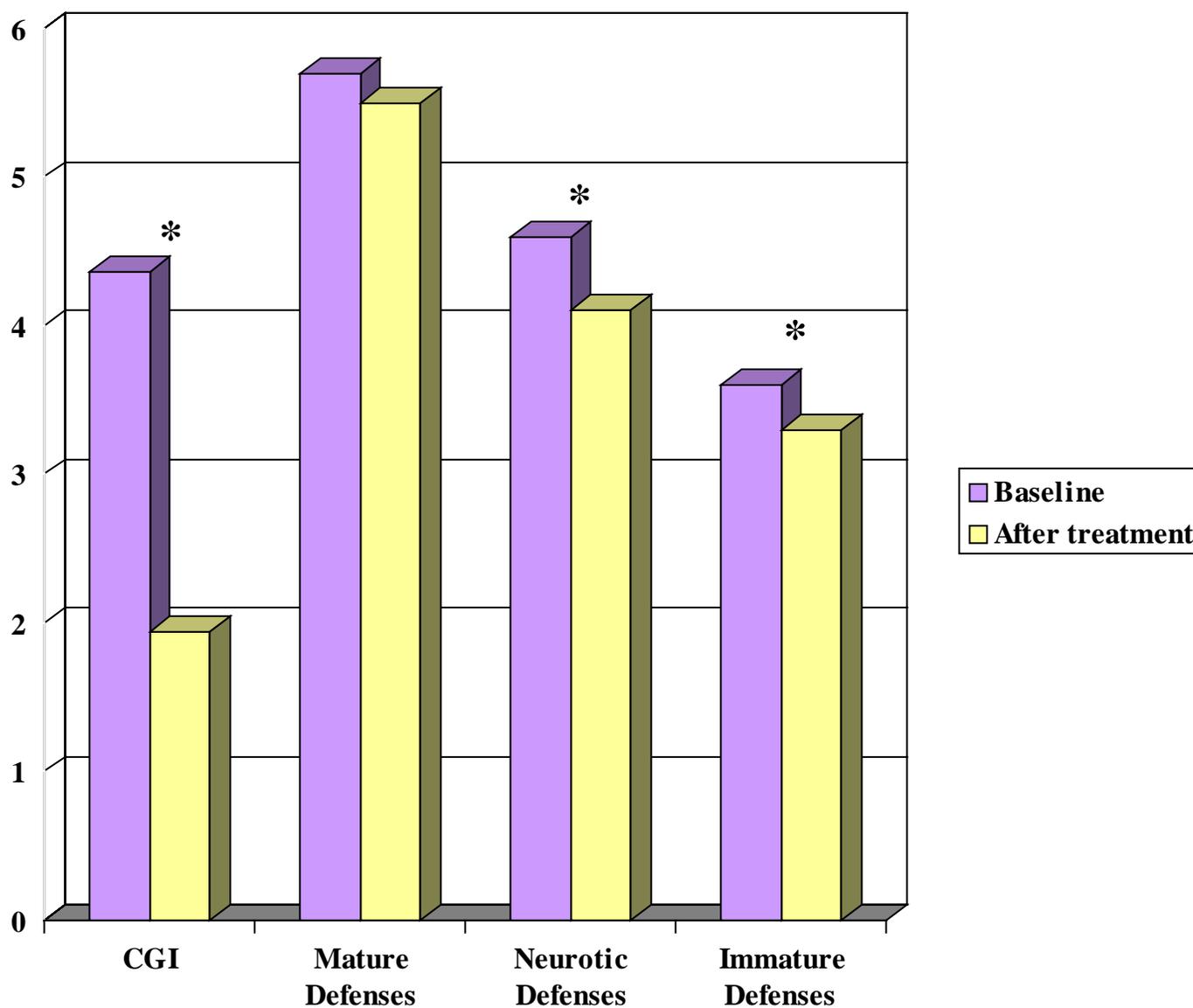
18. Pollack, M.H.; Otto, M.W.; Worthington, J.J.; Manfro, G.G.; Wolkow, R. Sertraline in the Treatment of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 55: 1010-1016, 1998.
19. Pollock C, Andrews G (1989) Defense Styles Associated With Specific Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry* 146(11):1500-1502.
20. Spinhoven P, Kooiman CG (1997) Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 185:87-94.
21. Vaillant GE (1971) Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 24: 107-118.
22. Vaillant GE (1976) Natural History of Male Psychological Health. *Arch Gen Psychiatry* 33: 535-545.

Tabela 1. Mecanismos de defesa em pacientes com Transtorno do Pânico comparados a controles, no basal e após quatro meses.

Defesas	BASAL		p*	APÓS 4 MESES		p*
	Pacientes (n=33)	Controles (n=33)		Pacientes (n=33)	Controles (n=33)	
Maduras	5,7 ± 1,0	5,1 ± 1,4	0,052	5,6 ± 1,0	5,3 ± 1,3	0,27
Neuróticas	4,6 ± 1,3	3,6 ± 1,3	0,003*	4,2 ± 1,6	3,4 ± 1,3	0,042*
Imaturas	3,6 ± 0,8	3,0 ± 1,2	0,024*	3,4 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0,045*

*Teste t de Student

Figura 1. Mecanismos de defesa usados por pacientes com Transtorno do Pânico no basal e após o tratamento.



* $p < 0,01$

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Pacientes com TP utilizam mais defesas mal-adaptativas em comparação com um grupo controle.
- O uso de defesas mal-adaptativas está associado a maior gravidade da doença.
- O uso de defesas mal-adaptativas está associado à pior resposta ao tratamento farmacológico.
- Após a remissão dos sintomas, há uma diminuição do uso de defesas neuróticas e imaturas, mas os pacientes com TP seguem mantendo um padrão defensivo mais mal-adaptativo quando comparado ao grupo controle.
- Os mecanismos de defesa são parte de uma maneira estável do indivíduo lidar com conflitos, mas também são influenciados pelo estado agudo da doença.

APÊNDICE A
GLOSSÁRIO DE MECANISMOS DE DEFESA DO DSQ

Defesas maduras

Sublimação – Obter gratificação de impulsos e retenção de metas, mas alterando uma meta ou objeto socialmente reprovável para um socialmente aceito. Permite que os instintos sejam canalizados ao invés de bloqueados ou reprimidos. Os sentimentos são reconhecidos, modificados e voltados em direção a um objeto ou meta significativos e uma pequena satisfação instintiva ocorre.

Humor – Usar humor para expressar abertamente sentimentos e pensamentos sem desconforto ou imobilização pessoal e sem produzir um efeito desagradável nos outros. Permite que a pessoa tolere e ainda assim focalize o que é terrível demais para ser suportado.

Antecipação – Antecipar realisticamente algum desconforto futuro. É voltado a uma meta e implica um planejamento cuidadoso ou preocupação e antecipação afetiva prematura, porém realista, de resultados calamitosos e potencialmente assustadores.

Supressão – Consciente ou semiconscientemente adiar prestar atenção a um impulso ou conflito. Questões podem ser deliberadamente interrompidas, mas elas não são evitadas. O desconforto é reconhecido mas minimizado.

Defesas neuróticas

Anulação – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.

Pseudo-altruísmo – O indivíduo ajuda o outro com o propósito de sentir-se (a si próprio) gratificado.

Idealização – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outros qualidades positivas exageradas.

Formação reativa – Transformar um impulso ou sentimento inaceitáveis em seu oposto.

Defesas imaturas

Projeção – Atribuir os próprios sentimentos e desejos a uma outra pessoa devido a esses sentimentos internos serem intoleráveis ou dolorosos.

Agressão-passiva – Expressar agressividade em relação a outros indiretamente através de passividade, masoquismo, e voltar-se contra si mesmo.

Atuação (Acting out) – Expressar um desejo ou impulso inconsciente através da ação, evitando tomar consciência de um afeto concomitante. A fantasia

inconsciente é vivida impulsivamente no comportamento, gratificando o impulso, ao invés da proibição contra ele. Envolve ceder cronicamente a um impulso para evitar a tensão que resultaria do adiamento da sua satisfação.

Isolamento – Dissociar ou separar uma idéia do afeto que a acompanha, e é reprimido.

Desvalorização – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros.

Fantasia – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.

Negação – Evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade negando dados sensoriais. A negação abole a realidade externa.

Deslocamento – Mudar uma emoção ou catexia de impulso de uma idéia ou objeto para outro que se assemelha ao original em algum aspecto ou qualidade. Permite a representação simbólica da idéia ou objeto original por outro que evoca menos angústia.

Dissociação – Modificar temporária, mas drasticamente, o caráter de uma pessoa ou o próprio sentimento de identidade pessoal para evitar angústia. Estados de fuga e reações de conversão histérica são exemplos de dissociação.

Cisão – Lidar com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes.

Racionalização – Oferecer explicações racionais em uma tentativa de justificar atitudes, crenças ou comportamentos que podem, de outro modo, ser inaceitáveis.

Somatização – Converter derivados psíquicos em sintomas corporais e tender a reagir com manifestações somáticas ao invés de psíquicas.

Fonte: Adaptado de Kaplan & Sadock, 1997.

APÊNDICE B

Consentimento Informado para Pacientes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
 Serviço de Psiquiatria
 Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as características de personalidade e modo de ser em pacientes com Transtorno do Pânico, comparando-os com indivíduos sem problemas psiquiátricos, que estão em acompanhamento no Serviço de Medicina Ocupacional. Para participar da pesquisa você será convidado a responder perguntas e escalas sobre características de seu jeito de ser, sintomas do transtorno do pânico, sintomas de ansiedade e depressão atuais e sintomas de ansiedade na infância.

A avaliação constará de três entrevistas no início do estudo, de cerca de uma hora cada, e avaliações nas semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 e 16. Na semana 16, serão novamente realizadas três entrevistas para reaplicação das escalas.

Para o tratamento da síndrome do pânico você receberá tratamento medicamentoso com sertralina, na dose inicial de 25 mg/dia, que será ajustada conforme sua necessidade. A sertralina é uma medicação já aprovada para o tratamento do Transtorno do Pânico.

Os possíveis efeitos colaterais desta medicação podem ser: boca seca, diarreia, dor de cabeça, insônia, disfunção sexual e ansiedade na fase inicial. Estes efeitos serão avaliados e manejados pelos responsáveis pelo projeto. Em qualquer momento, o tratamento poderá ser descontinuado se estes efeitos forem intoleráveis, sem prejuízo no seguimento do seu tratamento.

Eu,....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

O (a) pesquisador(a).....certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,.....de.....de.....
 Assinatura do paciente:.....
 Assinatura do pesquisador:.....

Contato com pesquisador: Letícia Kipper – Fone: 3168272-Ambulatório HCPA – Zona 7

APÊNDICE C

Consentimento Informado para Controles

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
 Serviço de Psiquiatria
 Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as características de personalidade e modo de ser em pacientes com Transtornos de Ansiedade (Transtorno do Pânico), comparando-os com indivíduos sem Transtorno do Pânico ou outros problemas psiquiátricos, que estão em acompanhamento no Serviço de Medicina Ocupacional, e que servirão apenas como grupo controle do estudo. Para participar da pesquisa você será convidado a responder perguntas e escalas sobre características de seu jeito de ser, sintomas de ansiedade na infância, sintomas de ansiedade e depressão atuais. A avaliação constará de três entrevistas no início do estudo e uma entrevista após 4 meses, de cerca de uma hora cada.

A participação no presente estudo não implica qualquer prejuízo em seu tratamento no HCPA. Os voluntários terão, ao final do estudo, o resultado das escalas sobre o seu perfil de personalidade. Se detectado, através das escalas utilizadas, a presença de doença psiquiátrica, será fornecido orientação e encaminhamento para tratamento adequado.

Eu,....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.

O (a) pesquisador(a).....certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,.....de.....de.....

Assinatura do paciente:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Contato com pesquisador: Letícia Kipper – Fone: 3168272

Ambulatório HCPA – Zona 7

APÊNDICE D
Questionário Dados Gerais Pacientes

QUESTIONÁRIO – PACIENTES COM TR. PÂNICO

1. Nome: _____
2. Nº: _____
3. Prontuário: _____
4. Endereço: _____
5. Fone: _____
6. Sexo:
 - (1) feminino (2) masculino
7. Cor: _____
8. Idade: _____
9. Grau de instrução:
 - (1) 1º grau incompleto
 - (2) 1º grau completo
 - (3) 2º grau incompleto
 - (4) 2º grau completo
 - (5) 3º grau incompleto
 - (6) 3º grau completo
10. Renda familiar (em S.M.):
 - (1) até 1
 - (2) de 1 a 5
 - (3) de 5 a 10
 - (4) mais de 10
11. Estado marital:
 - (1) solteiro
 - (2) casado
 - (3) divorciado/separado
 - (4) viúvo
12. História Familiar Psiquiátrica (tto. psiq., medic., hospit., suicídio, drogas/álcool):
 - (1) sim (2) não
13. Qual transtorno:
14. Qual familiar:
15. Doença física crônica atual:
 - (1) sim (2) não
16. Qual?
17. Traumas antes dos 18 anos:
 - (1) divórcio ou separação dos pais
 - (2) morte de um ou ambos os pais
 - (3) abuso físico
 - (4) abuso sexual
18. Evento estressor no último ano (mudança, troca de emprego, morte, separação, etc.):
 - (1) sim (2) não
19. Qual?
20. Você relaciona este evento ao início dos sintomas?
 - (1) sim (2) não
21. Idade do início dos sintomas:

APÊNDICE E
Questionário Dados Gerais Controles

QUESTIONÁRIO – GRUPO CONTROLE

1. Nome: _____
2. Nº: _____
3. Prontuário: _____
4. Endereço: _____
5. Fone: _____
6. Sexo:
 (1) feminino (2) masculino
7. Cor: _____
8. Idade: _____
9. Grau de instrução:
 (1) 1º grau incompleto
 (2) 1º grau completo
 (3) 2º grau incompleto
 (4) 2º grau completo
 (5) 3º grau incompleto
 (6) 3º grau completo
10. Renda familiar (em S.M.):
 (1) até 1
 (2) de 1 a 5
 (3) de 5 a 10
 (4) mais de 10
11. Estado marital:
 (1) solteiro
 (2) casado
 (3) divorciado/separado
 (4) viúvo
12. História Familiar Psiquiátrica (tto. psiq., medic., hospit., suicídio, drogas/álcool):
 (1) sim (2) não
13. Qual transtorno:
14. Qual familiar:
15. Doença física crônica atual:
 (1) sim (2) não
16. Qual?
16. Traumas antes dos 18 anos:
 (1) divórcio ou separação dos pais
 (2) morte de um ou ambos os pais
 (3) abuso físico
 (4) abuso sexual
17. Evento estressor no último ano (mudança, troca de emprego, morte, separação, etc.):
 sim (2) não
16. Qual?

ANEXO A
Inventário do Pânico, GCI e Hamilton – Ansiedade

Inventário do Pânico

Nome: _____

ESCORES **HAM- A:** _____ **ICG:** _____

INVENTÁRIO PÂNICO

	Espontâneas	Situacionais
Completa (4 ou + sint.)		
Incompleta (- de 4 sint.)		

Duração média das crises(min): _____

Intensidade média das crises (0-10): _____

Agorafobia (0-10): _____

Ansiedade Antecipatória(0-10): _____

Medicação: _____

Dose: _____

Efeitos Adversos: _____

Plano: _____

ICG - Impressão Clínica Global

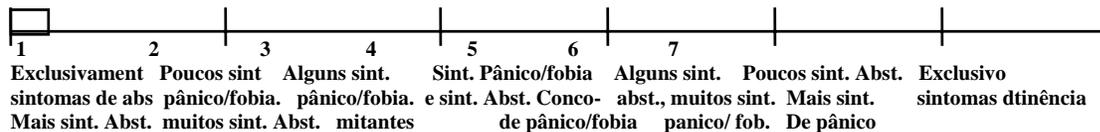
Escores ICG	Intensidade de Sintomas	Nível de Ansiedade	Nível de Evitação	Nível de Funcionamento	Comentários Adicionais
Nenhum	Nenhuma	Nenhum	Nenhum	Sem dificuldades	
Limítrofe	Nenhum a Leve ≤ 1 x mês	Ansiedade antecipatória infrequente; sem outros medos	Nenhum	Sem efeito no funcionamento; angústia em relação aos sintomas	Sem spa para auto-medicação
Leve	Pânico leve < 1 x semana e > 1 x mês	Leve, ansiedade antecipatória infrequente; medo leve	Apenas atividades infrequentes sem consequência	Sem efeito significativo; leve preocupação e angústia com os sintomas	Sem drogas/ para auto-medicação
Moderado	> 1 x semana	> 1 x semana	> 1 x semana; atividades sociais são necessárias são evitadas	Sem diminuição significativa do desempenho de papéis; Faz algum esforço para manter um desempenho normal	Pode se auto-medicação
Severo	quase diariamente; severidade significativa	Quase diariamente	Algumas atividades necessárias e desejadas são evitadas	Prejuízo no desempenho de papéis necessários; pode necessitar de assistência	Alguma desadaptação familiar
Muito Severo	Diariamente com pequena mudança de intensidade	Diariamente	Diariamente; não pode fazer muitas atividades necessárias e desejadas	Prejuízo severo no desempenho de papéis necessários (largou emprego, foi demitido)	Relacionamentos inter pessoais podem estar extremamente desadaptado
Extremamente devido ao	Incapacitante desempenho de	Incapacitante extremamente	Não sai de casa ou hospitalização incapacitantes	Prejuízo total do papéis	Entre os pac. Severo doentes

Considerando sua experiência clínica com a população de pacientes com Tr. do Pânico, quão sintomático está o paciente neste momento? Usando esta escala, circule o número que melhor descreve a situação do paciente agora.



No meu julgamento clínico, a atual sintomatologia do paciente é devida, predominantemente a:

NÃO APLICÁVEL, paciente assintomático ou os sintomas não estão relacionados ao Tr. do Pânico ou abstinência.



Escala de Hamilton - Ansiedade

Escores: 0= ausência; 1= intensidade ligeira; 2= intensidade média; 3= intensidade forte; 4= intensidade máxima (incapacitante)

HUMOR ANSIOSO-inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade :	0 1 2 3 4
TENSÃO - sensação de tensão, fatigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto:	0 1 2 3 4
MEDO - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito :	0 1 2 3 4
INSÔNIA - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos:	0 1 2 3 4
DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, distúrbios de memória;	0 1 2 3 4
HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão;	0 1 2 3 4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	0 1 2 3 4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0 1 2 3 4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0 1 2 3 4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS -sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0 1 2 3 4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômitos, cólicas diarréias, constipação, perda de peso:	0 1 2 3 4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções frequentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência:	0 1 2 3 4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudação, vertigens, cefaléia de tensão:	0 1 2 3 4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm:	0 1 2 3 4
TOTAL :	

OBSERVAÇÕES:

ANEXO B
Defense Style Questionnaire
DSQ – 40

DSQ-40

Nome: _____

Idade: _____ Prontuário: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros, e se isto é tirado de mim, eu ficaria deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu sou capaz de manter um problema fora da minha cabeça até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas como pintura e marcenaria.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo facilmente.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja ajudada do que punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu ignoro o perigo como se eu fosse o super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de saber colocar as pessoas no seu devido lugar.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho talentos especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico muito agressivo quando fico magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que pode fazer tudo e que é absolutamente correto e justo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu fico com dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Me manter muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu procuraria alguém que tivesse tido o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

ANEXO C

Diagnósticos do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Resultados do M.I.N.I

MÓDULOS	SIM	NÃO
A Episódio Depressivo Maior (EDM) - atual (2 últimas semanas)		
Episódio Depressivo Maior – passado		
B Distímia –atual (2 últimos anos)		
C Risco de Suicídio – atual (último mês)		
D Episódio (Hipo)maníaco - atual + vida inteira		
E Transtorno do Pânico - vida inteira + atual (último mês)		
F Agorafobia - (atual)		
G Fobia Social - atual (último mês)		
H Transtorno Obsessivo-Compulsivo – atual (último mês)		
I Transtorno de Estresse Pós-traumático – atual (último mês)		
J Dependência / Abuso de álcool – Atual (últimos 12 meses)		
K Dependência / Abuso de substância(s) (não alcoólicas) – Atual (últimos 12 meses)		
L Síndrome Psicótica – vida inteira + atual		
M Anorexia Nervosa – atual (últimos 3 meses)		
N Bulimia Nervosa - atual (últimos 3 meses)		
O Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual (últimos 6 meses)		
Retardo mental – testagem psicologia		