

PAULA DE VITTO FRANCEZ

**Traços de personalidade e
resposta ao tratamento em pacientes com
transtorno de estresse pós-traumático**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Francez, Paula de Vitto

Traços de personalidade e resposta ao tratamento em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático / Paula de Vitto Francez. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Transtornos de estresse pós-traumáticos 2.Terapia compórtamental
3.Personalidade 4.Determinação da personalidade 5.Terapia cognitiva 6.Inventário de
personalidade

USP/FM/DBD-270/15

Dedicatória

Dedico esse trabalho a meu marido e a meus pais que me apoiaram ilimitadamente durante esse processo. Minha maior dedicatória, entretanto, vai principalmente aos pacientes que tive a honra de atender, que me fizeram crescer profissional e pessoalmente e a entender, principalmente, que, apesar da incontrolabilidade da vida, ela ainda pode ser linda.

Todo mundo pode ser grande, porque todo mundo pode servir. Você não precisa ter diploma universitário para servir. Não precisa saber concordar sujeito com verbo para servir. Só precisa de um coração cheio de graça. De uma alma gerada pelo amor.

Martin Luther King

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Francisco Lotufo Neto, por todo carinho, dedicação, persistência e entusiasmo ao longo deste tempo.

A Andrea Vianna, pelos anos de supervisão e principalmente por ser tão acolhedora, dócil e proporcionar um ambiente de aprendizado amoroso e muito reforçador.

Ao meu querido e muito amado grupo de supervisão. Helena Silveira, Ana Paula Ferreira e Claudio Godoi, o que seria deste processo sem vocês? Sem palavras para agradecer o ambiente leve e amistoso que vocês me proporcionaram, o companheirismo, a amizade e a dedicação com essa pesquisa. Foi realmente um privilégio ter vocês por perto.

A Erica Duran, que me proporcionou a realização deste trabalho com muito empenho e dedicação.

Aos colegas que disponibilizaram seu tempo para nos auxiliar na conclusão dessa pesquisa: Lina Sue, Natalia Del Real, Claudio Silva, Dr. Felipe Corchs, Dr. Tito Paes de Barros, Dr. Álvaro Araújo e Cristiane Maluhy Gebara.

A minha querida amiga Juliana Fonseca, que, embora não tenha participado diretamente deste trabalho, contribuiu imensamente com a sua amizade, palavras de apoio e paciência sem fim.

Ao Dr. Márcio Bernik, pelas correções e sugestões muito pertinentes e cuidadosas com o artigo.

Aos meus pacientes, que tanto me ensinaram. Me ensinaram a ser uma profissional melhor, mas com certeza o maior ganho que tive foi o crescimento pessoal que eles me proporcionaram. Tive o privilégio de conhecer suas histórias, participar de suas conquistas e crescimento. Gratidão sem fim por esta oportunidade.

Agradeço a todos aqueles que, mesmo aqui não mencionados, não deixaram de contribuir para este projeto.

Ao meu marido amado, por todo apoio fornecido. Por todo carinho, amor, compreensão e companheirismo nesse caminho.

E, para finalizar, aos meus queridos pais. Meus pais são exemplo de força, determinação e amor ao trabalho a que se dedicam. Também são um exemplo de amorosidade sem fim ao próximo. Me ensinam a cada dia ser uma pessoa melhor com os outros e, ao mesmo tempo, não desistir dos meus sonhos. São os maiores entusiastas do meu trabalho, meus maiores admiradores e estimuladores. Sem o exemplo de vocês eu não seria o que sou hoje e este trabalho não aconteceria. Obrigada por existirem na minha vida.

Esta dissertação está de acordo as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Personalidade	7
1.2 Modelos fatoriais da personalidade	10
1.3 Psicopatologia e personalidade	23
1.4 Revisão da literatura	25
1.5 A relação entre traços de personalidade e TEPT	30
1.6 A relação entre traços de personalidade e a resposta da TCC	36
1.7 Justificativa	38
2 OBJETIVOS	40
2.1 Objetivos gerais	41
2.2 Objetivos específicos	41
2.3 Hipóteses	42
3 MÉTODOS	43
3.1 Amostra.....	44
3.2 Critérios de inclusão e exclusão	44
3.2.1 Critérios de inclusão	44
3.2.2 Critérios de exclusão	45
3.3 Instrumentos	45
3.3.1 Questionário demográfico	45
3.3.2 Inventário de personalidade NEO-PI-R.....	45
3.3.3 Escala impressão clínica global (CGI)	46
3.3.4 Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID).....	47
3.3.5 Mini plus.....	47
3.4 Medidas de eficácia	49
3.5 Procedimento	49

3.5.1 Descrição dos terapeutas	50
3.5.2 Descrição da terapia	51
3.6 Aspectos éticos	51
3.7 Análise estatística	51
4 RESULTADOS	53
4.1 Dados demográficos	54
4.2 Gravidade da doença	56
4.3 Frequência dos traços de personalidade por domínio e suas facetas	58
4.4 Correlação entre personalidade e melhora no tratamento	66
5 DISCUSSÃO.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
7 CONCLUSÕES.....	91
8 ANEXOS.....	93
9 REFERÊNCIAS	99

Listas

FIGURAS

Figura 1 -	Revisão da literatura sobre traços de personalidade e TEPT	28
Figura 2 -	Revisão da literatura sobre traços de personalidade, TCC e TEPT	29
Figura 3 -	Dados demográficos dos participantes.....	55
Figura 4 -	Frequência dos traços de personalidade para escores categorizados totais.....	58

TABELAS

Tabela 1 -	Traços de personalidade mais encontrados pelos autores.....	32
Tabela 2 -	Fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de TEPT	33
Tabela 3 -	Fatores de personalidade como protetores da doença.....	34
Tabela 4 -	Fatores de personalidade e a gravidade da doença.....	35
Tabela 5 -	Domínios e facetas do NEO-PI-R	48
Tabela 6 -	Gravidade da doença da amostra de 66 pacientes	56
Tabela 7 -	Gravidade da doença da amostra de 51 pacientes que finalizaram o tratamento	57
Tabela 8 -	Comparação dos traços totais segundo adesão ao tratamento	59
Tabela 9 -	Distribuição das facetas de neuroticismo	60
Tabela 10 -	Distribuição das facetas de extroversão	61
Tabela 11 -	Distribuição das facetas de abertura para experiência.....	62
Tabela 12 -	Distribuição das facetas de amabilidade	63
Tabela 13 -	Distribuição das facetas de conscienciosidade	64
Tabela 14 -	Comparação dos traços de personalidade com a população normal	65
Tabela 15 -	Comparação dos traços totais segundo resultado do tratamento	66
Tabela 16 -	Correlação dos traços e facetas segundo resultado do tratamento	67
Tabela 17 -	Coeficientes do modelo de regressão logística para resposta ao tratamento segundo CT e CGI inicial	73
Tabela 18 -	Coeficientes do modelo de regressão logística para resposta ao tratamento segundo CT, OT, E3 e CGI inicial.....	74

Resumo

Francez PV. *Traços de personalidade e resposta ao tratamento em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem um impacto negativo na vida de seus portadores. Conhecer os traços de personalidade mais preponderantes nas pessoas com TEPT pode auxiliar no sucesso do tratamento, tornando possível planejar intervenções mais adequadas. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada um dos tratamentos mais eficazes para este transtorno; entretanto, nem todos aqueles que completam a terapia evoluem para uma melhora significativa. Uma das razões pode ser encontrada nas características individuais de personalidade de cada pessoa. Portanto, o presente estudo busca explorar a relação existente entre os domínios e traços de personalidade que estão associados à melhora do paciente que realizou a TCC. **Método:** 66 pacientes com diagnóstico de TEPT, segundo o DSM-IV-TR, com idade entre 18 e 60 anos participaram do estudo. **Instrumentos:** Para avaliar os traços de personalidade foi utilizado o instrumento NEO-PI-R. Para avaliar a gravidade e melhora da doença foi utilizada a escala de Impressão Clínica Global (CGI). **Procedimento:** Os pacientes passaram por avaliação psiquiátrica para assegurar o diagnóstico de TEPT. Após aceitarem participar do estudo, responderam ao NEO-PI-R e foram avaliados por médicos quanto a gravidade da doença, utilizando o CGI. Os participantes passaram por 13 sessões de TCC realizadas por profissionais devidamente treinados. Ao final, foram reavaliados para verificar se houve melhora após tratamento. **Resultados:** Quanto ao perfil de personalidade 71,2% apresentaram neuroticismo (N) alto, 75,8% relataram escore elevado em extroversão (E) e 45,5% eram baixos em conscienciosidade (C). Já os traços amabilidade (A) e abertura para experiência (O) apresentaram pontuações na média. As análises também demonstraram que os participantes que apresentavam o domínio de personalidade denominado conscienciosidade (C) foram associados ao resultado favorável do tratamento. Estima-se que a chance de melhora cresça 3,77 vezes se o paciente apresentar esse traço, quando comparado com os demais que não possuem essa característica. Duas facetas (assertividade e ações variadas) também foram correlacionadas com a melhora no tratamento. **Conclusão:** Embora a amostra do presente estudo seja limitada, os resultados apontam para a importância de se avaliar a personalidade do paciente. Acessar a personalidade é importante com a finalidade de tentar prever qual o melhor tipo de tratamento terapêutico para cada um. As terapias breves (frequentemente administradas nos hospitais públicos) possuem um tempo limitado de tratamento, de modo que informações sobre as variáveis de personalidade podem ser particularmente muito úteis.

Palavras-chave: Big Five, Neo Personality Inventory, PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, Cognitive-Behavior Therapy, Predictors.

Abstract

Francez PV. *Personality traits and response to treatment of patients with posttraumatic stress disorder* [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

The Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) has a negative impact on the patients lives. Get to know their personality traits can help on the treatment success, by making possible to plan most appropriate interventions. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is considered a first line treatment for PTSD. However, treatment response is not universal. One reason may be found in personality characteristics. The present study aims at investigating the association between personality dimensions and traits associated with improvement of patients who underwent CBT. **Method** - 66 PTSD patients diagnosed according to the DSM-IV-TR criteria were included in the study. The patients included were aged 18 to 60 years old. **Instruments** - We employed the NEO-PI-R instrument for the evaluation of personality dimensions and the Clinical Global Impressions Scale (CGI) for evaluation of clinical outcome. **Procedure** – Patients were assessed by Psychiatrists to ensure the diagnosis of PTSD. After accepting to participate of the study, they answered the NEO-PI-R Scale and were assessed by doctors to know the disease severity, using the CGI scale. Participants underwent 13 CBT sessions and were reassessed at the end of treatment. **Results** – The personality profile showed that 71.2% were high in neuroticism (N) and 75.8 reported low Extraversion. 45.5 were low in conscientiousness and the Agreeableness (A) and openness (O) factors presented average scores. The analysis also showed that patients presenting the *Conscientiousness* (C) personality dimension showed a higher chance of improvement (OR=3.77). Two facets other dimensions (*Assertiveness* and *Varied Actions*) were also associated with better clinical outcome. **Conclusion** - determining predictors of outcome such as a patient’s personality dimensions may point to the use of therapeutic treatment options with the higher odds of success, without too much therapeutic treatment experimentation. As therapies become briefer, information on personality variables may be particularly useful.

Keywords: big five, neo personality inventory, PTSD, post traumatic stress disorder, cognitive-behavioral therapy, predictors.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, pois envolve sintomas ansiosos e depressivos, esquivas sociais, embotamento afetivo, irritabilidade e re-experiência do evento traumático via *flashbacks*, pesadelos ou pensamentos intrusivos (Richman; Frueh, 1997).

Ele não pode ser diagnosticado sem a presença de um evento traumático na história do paciente. Desta forma, por definição, o TEPT é resultado de um evento estressor vivenciado ou testemunhado por uma determinada pessoa, colocando-a (ou alguém próximo a ela) em perigo de vida ou com risco a sua integridade física, seja este real ou imaginário. Como resposta a este evento, três sintomas característicos se desenvolvem: reviver o evento traumático, evitar os estímulos ou ambientes associados a ele e a presença de sintomas de hiperestimulação autonômica (Figueira; Mendolowicz, 2003; Caminha, 2005; Valente et al., 2008).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), além dos sintomas já citados, existem três formas de classificar o TEPT de acordo com o início e a duração dos sintomas: agudo, crônico e com início tardio. É agudo quando a duração dos sintomas é inferior a três meses, crônico quando a duração é superior a três meses e tardio quando o aparecimento dos sintomas ocorre após seis meses da vivência do evento traumático.

No ano de 2013, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a quinta edição do DSM com algumas modificações no que se refere ao diagnóstico deste transtorno.

O DSM-5 passou a considerar as doenças associadas ao estresse separadas dos transtornos ansiosos, incluindo aí o TEPT, por apresentarem características clínicas que diferem dos demais transtornos mentais (McNally, 2009; Friedman, 2010; Sbardelloto et al., 2011).

O Critério A1 (conceito de trauma) sofreu algumas alterações, pois era considerado ambíguo. Apresenta-se no DSM-5 da seguinte forma:

A pessoa esteve exposta a morte ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual por:

- 1) Exposição direta ao evento;
- 2) Testemunhar o evento ocorrendo com outros;
- 3) Receber a notícia de que o evento ocorreu com alguém próximo e envolveu morte ou ameaça de morte de forma violenta ou acidental;
- 4) Exposição repetida ou extrema ao evento, geralmente durante atividades profissionais. Isto não inclui exposição via mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias.

O critério A2 (“a pessoa reagiu com intenso medo, impotência ou horror”) foi retirado do manual.

Os critérios diagnósticos de TEPT, antes subdivididos em três categorias, ganharam um novo subgrupo, totalizando no DSM-5 quatro categorias. O novo grupo foi denominado “alterações na cognição e no humor” e inclui os seguintes sintomas:

- Incapacidade de lembrar aspectos do evento;
- Expectativas negativas, exageradas e persistentes sobre si mesmo, o mundo ou outros;
- Culpar os outros sobre as causas e consequências do trauma;
- Diminuição importante do interesse em atividades que antes do trauma eram significativas;
- Sentimento de estranheza ou afastamento dos outros;
- Incapacidade de sentir emoções positivas (McNally, 2009; Friedman, 2010; Sbardelloto et al., 2011).

Embora muito prevalente, apenas em 1980 esse transtorno foi reconhecido e classificado como uma categoria diagnóstica no DSM. De acordo com Caminha (2005), a guerra do Vietnã foi um fator decisivo para a inclusão do TEPT na classificação norte-americana. Paris (2000) estimou que cerca de 40% dos indivíduos de uma população poderão ser expostos a um evento traumático que cumpra os critérios diagnósticos para TEPT na classificação do DSM-IV.

A alta prevalência do TEPT é resultado da violência que tem se tornado cada vez mais presente nas últimas décadas, e suas consequências são importantes problemas de saúde pública. De acordo com a Organização

Mundial da Saúde, cerca de 90% das mortes decorrentes de violência ocorreram no ano 2000 em países em desenvolvimento (Guerreiro, 2002; Krug et al., 2002; Rutherford et al., 2007; Matzopoulos et al., 2008).

Segundo Mari et al. (2008), o Brasil se encontra em terceiro lugar no *ranking* mundial de mortes por arma de fogo entre jovens de 15 a 24 anos. Cerca de 50.000 pessoas foram assassinadas no Brasil no ano de 2003 e esta é apenas uma pequena parte das consequências da violência no Brasil. Abuso sexual, estupro, assaltos, sequestros, violência praticada por parceiros íntimos, agressões, entre outros, também estão muito presentes em nossa sociedade. Em uma sociedade onde foi incorporada uma cultura de violência, a sensação constante de medo está cada vez mais presente, sendo isto um gatilho ou potente fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, dentre os quais o TEPT, além de suicídio e piora da saúde física (Rutherford et al., 2007; Mari et al., 2008; Ribeiro et al., 2009; Schoedl et al., 2010; Ribeiro et al., 2013).

Casos de TEPT são frequentemente acompanhados por outros transtornos, como os de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. A comorbidade com transtorno depressivo é a mais comum, ocorrendo em 47,9% dos homens e 48,5% das mulheres com TEPT crônico (Mari et al., 2008).

A presença desse transtorno pode representar um risco maior para desenvolver dependência a substâncias, como álcool, drogas e medicação (Davidson et al., 2004). Estudo realizado por Walsh et al. (2014) revelou que

pacientes com TEPT apresentaram um risco mais elevado de desenvolver dependência por nicotina, álcool e maconha.

Quanto a seu tratamento, é consenso na literatura que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um dos recursos mais eficazes para este transtorno. Segundo Lu et al. (2012), progresso importante foi alcançado ao longo dos últimos 25 anos, com forte evidência sobre a efetividade da TCC. O tratamento da TCC é estruturado e consiste em expor o paciente à lembrança do trauma na imaginação, confronto de situações temidas, práticas de respiração diafragmática, reestruturação cognitiva e psicoeducação sobre o transtorno (Jaycox et al., 2002).

A justificativa para esse tipo de tratamento baseia-se no fato de que pacientes com TEPT vivem uma sensação de insegurança constante e, por isso, passam a evitar locais, situações e elementos que lembrem a situação traumática porque geram respostas de ansiedade que não estavam presentes antes do trauma. Esse comportamento de evitar promove um alívio momentâneo da ansiedade, o que faz com que ele continue ocorrendo com frequência elevada. Assim, o tratamento busca ajudar o paciente a desenvolver estratégias que o ajudem a rever a realidade de suas cognições e, junto a isso, expor o indivíduo a estímulos que provocam ansiedade, mas que na realidade não são perigosos, com o objetivo de que ocorra a habituação (Foa; Rothbaum, 1998; Mendes et al., 2008).

Embora muitas pesquisas apresentem evidências positivas quanto ao resultado deste tratamento em pessoas com TEPT, nem todos aqueles que completam a terapia evoluem para uma melhora significativa. Uma das

razões pode ser encontrada nas características individuais de personalidade de cada pessoa (Van Emmerick et al., 2011).

1.1 Personalidade

Durante séculos, questionamentos sobre a personalidade e sua origem têm sido motivo de investigação. A partir de 1900, estudos sobre a personalidade foram impulsionados por Freud, que foi, provavelmente, o primeiro teórico a enfatizar o desenvolvimento da personalidade, ao descrever o papel decisivo dos primeiros anos da infância como formadores da estruturas básicas do caráter. Jung, por volta de 1920, também contribuiu ao desenvolver o conceito de extroversão e introversão (Natrielli Filho, 2002; Lara, 2011).

O que denominamos hoje personalidade pode ser identificado também na Grécia Antiga, com a filosofia descrita por Hipócrates, que baseou sua teoria nos elementos da natureza e dos humores ou fluidos essenciais à vida (Lara, 2011).

Há milênios, conceitos relacionados ao temperamento e ao humor já eram utilizados como base da medicina. A escola hipocrática, cerca de 400 anos a.C., propôs a teoria humoral, que preconizava que o corpo e a personalidade eram concebidos como intrinsecamente ligados. Quatro estilos básicos foram identificados:

Colérico: opositivo, irritável, territorial, idealista, passional e ambicioso;

Melancólico: desanimado, cuidadoso, azedo, ponderado, perfeccionista, com dificuldade de sono;

Fleumático: calmo, racional, frio, receptivo e observador;

Sanguíneo: corajoso, criativo, otimista, afetivo, extrovertido e distraído (Lara, 2011).

O organismo era visto como uma mistura desses elementos e, por isso, surgiu o termo temperamento, cuja origem latina é *temperare* e significa misturar. Assim, de acordo com essa teoria, o corpo teria a capacidade de reequilibrar os quatro humores (Lara, 2011).

Etimologicamente, personalidade veio da palavra grega *Persona*, que significava uma máscara utilizada por atores dramáticos em peças teatrais. Com o passar do tempo, seu significado se alterou e ela passou a ser entendida como a pessoa verdadeira que existe por trás da máscara, ou seja, as suas características próprias. De frente para a plateia, as máscaras permaneciam ao longo da peça imutáveis, da mesma forma que se considera que a personalidade se mantém constante durante a vida (Allport, 1961; Hansenne, 2004; Simonsen et al., 2008).

Atualmente, são muitas as teorias e as definições de personalidade com extensas caminhadas em relação a seus termos, descrições exaustivas e complexas. Alguns apelam ao caráter imutável e estatístico da personalidade, enquanto outros a definem como dinâmica e em constante mudança. Portanto, não há uma definição única sobre esse conceito. Ele foi

abordado em perspectivas diferentes e poucos foram os que de fato definiram formalmente o termo (Carmo; Leal, 2006; Feist et al., 2008).

Quando se procura definir o conceito de personalidade, o que parece mais consensual é a ideia de que se trata de um conjunto de tendências únicas e relativamente estáveis de um indivíduo (Carmo; Leal, 2006). A personalidade desenvolve-se por meio de influências ambientais e predisposições hereditárias e é compreendida como o resultado de um processo ativo e contínuo do indivíduo de combinar características individuais ao ambiente (Cloninger et al., 1993; Simosen et al., 2008).

Ela é formada por traços e características relativamente permanentes e singulares, que conferem ao mesmo tempo consistência e individualidade ao comportamento de uma pessoa. Portanto, cada um, embora semelhante a outros em muitos aspectos, possui uma personalidade exclusiva. Ela é concebida como um padrão de pensamentos, sentimentos e comportamentos característicos de cada pessoa. Esse padrão é o que diferencia os indivíduos entre si (Phares, 1984; Cloninger et al., 1993; Feist et al., 2008).

Pode-se afirmar que as formas que o indivíduo encontra para se adaptar às pressões, ameaças, ansiedade e exigências do ambiente são aspectos importantes de sua personalidade (Phares, 1984; Cloninger et al., 1993).

Ela é considerada “sã” quando as pessoas têm flexibilidade para enfrentar o ambiente e quando possuem percepções e comportamentos que proporcionam o aumento da satisfação pessoal (Millon; Escovar, 1996).

Pode ser considerada patológica quando a pessoa reage de modo inflexível às situações diárias. Suas percepções e comportamentos geram mal-estar para ela mesma e para as pessoas com quem convive, diminuindo a possibilidade de crescimento pessoal e aprendizagem (Millon; Escovar, 1996).

O estudo da personalidade emergiu na década de 1930 como uma nova área da psicologia, por meio dos estudos de McDougal, que preconizava o que hoje chamamos de teoria dos traços, conhecida também como modelos fatoriais da personalidade (Nunes; Hutz, 2006; Silva et al., 2007; Frota, 2010; Silva; Nakano, 2011).

1.2 Modelos fatoriais da personalidade

Em relação ao estudo da personalidade, é fato que a tentativa de se aplicar métodos quantitativos às expressões comportamentais humanas teve uma importância na configuração da psicologia como ela é conhecida e aceita hoje em dia. Um dos constructos mais estudados na psicologia atualmente é a personalidade em relação a suas dimensões e formas de mensuração (Pervin; John, 2004; Franco, 2007).

É importante salientar que, apesar de mensurável, a personalidade não é imutável, pois é aceita a presença de progressões naturais em seu

desenvolvimento, independentemente de seu contexto cultural, social ou histórico. Diversos modelos foram desenvolvidos com o objetivo de definir em quantos fatores e dimensões a personalidade se divide. Nesse caso, os modelos fatoriais são os que apresentam melhores resultados até o momento (Franco, 2007).

O estudo fatorial da personalidade teve como precursor McDougal que, em 1930, foi pioneiro em estudar sobre o tema. Ele sugeriu que a análise da linguagem de uma população ajudaria a compreender a sua personalidade, a qual poderia ser analisada a partir de um modelo de 5 fatores independentes, que naquele momento foram denominados *intelecto, caráter, temperamento, disposição e humor* (Silva et al., 2007; Frota, 2010; Nunes et al., 2010; Silva; Nakano, 2011).

Este trabalho inicial veio influenciar mais tarde as pesquisas de Allport, que, em conjunto com Odbert, foi um dos pioneiros no estudo das teorias fatoriais da personalidade. Enquanto muitos outros estavam preocupados em descobrir motivos inconscientes da personalidade, eles seguiam suas pesquisas defendendo a importância do estudo quantitativo, enfatizando assim a motivação consciente (Silva et al., 2007; Frota, 2010; Nunes et al., 2010; Silva; Nakano, 2011).

Para Allport, os traços de personalidade eram definidos como unidades que determinavam padrões de perfil psicológico, de tal maneira que, embora a pessoa possua atitudes pessoais e distintas, ainda assim apresentam certa constância. Essa consistência de peculiaridades o autor

definiu como padrões comportamentais idênticos em indivíduos de uma mesma cultura (Allport, 1961; Tomaz et al., 2013).

Portanto, em seus estudos, igualmente a Odbert, esses autores partiram de uma abordagem léxica (que utiliza descritores provenientes da linguagem natural da pessoa como fonte para encontrar as principais características da personalidade humana) e iniciaram seus estudos listando milhares de adjetivos, cerca de 400.000 palavras retiradas do Webster's New International Dictionnaire, obtendo 4.500 descritores de traços de personalidade.

O trabalho de Allport e Odbert alcançou grande influência nos estudos sobre a personalidade a partir da década de 1940, inspirando outros estudiosos como Cattell e Eysenck (Silva et al., 2007; Frota, 2010; Nunes et al., 2010; Silva; Nakano, 2011).

Cattell foi um dos psicometristas mais influentes na literatura psicológica. Ele contribuiu em diversos aspectos para o estudo da personalidade e foi um dos primeiros pesquisadores a propor o conceito de traço como ele é aceito ainda hoje. Para ele, os traços são padrões na expressão de comportamentos para descrever pessoas ou mesmo para prever, por meio de probabilidades, suas condutas, tirando do ambiente a função de determinar a reação do indivíduo na situação (Franco, 2007).

Os traços também incluem o estudo da personalidade e das diferenças individuais como um todo, a partir da ideia de contínuo. Ou seja, o

que difere de uma pessoa para outra (explicitando suas diferenças) é a intensidade em que determinada característica é expressa (Franco, 2007).

Em seus estudos, Cattell agrupou e classificou os traços relacionados por Allport e Odbert. Ele estruturou três áreas de análise: dados L, que são registros da vida; dados Q, que são métodos de questionários; e, por fim, os dados T, que são critérios objetivos avaliados por um profissional, os quais, somados, davam 177 escalas de personalidade. Utilizando análise fatorial, restringiu para 16 traços de personalidade. Ele foi meticuloso, combinando de forma objetiva todas as informações, utilizando como principal instrumento a estatística. Ele propôs diversas metodologias para o estudo das diferenças individuais por meio do método multivariado (correlação entre diversas variáveis). A técnica da análise fatorial, proposta inicialmente por Spearman para o estudo da inteligência, tão comentada no estudo das diferenças individuais, faz parte deste método, e este instrumento estatístico permitiu agrupar pessoas, itens de questionários, características, etc. Cattell acreditava que a teoria da personalidade somente ocuparia seu lugar entre as ciências quando a análise fatorial fosse considerada a chave para seu estudo (Dancey; Reidy, 2006; Franco, 2007).

Assim, ele deu origem a um dos instrumentos atuais mais conhecidos para avaliação da personalidade, o **Sixteen Personality Factor Questionnaire – 16PF** (Nunes; Hutz, 2006; Silva et al., 2007; Nunes et al., 2010; Frota, 2010; Silva; Nakano, 2011).

Até a década de 1940, os estudos fatoriais da personalidade com base na teoria do traço mostravam que seriam necessários entre quatro a

dezesseis dimensões básicas para descrever a estrutura da personalidade; entretanto, novos modelos propondo diferentes números de fatores apareceram a partir de estudos fatoriais em diversas populações. Eysenck e Cloninger foram exemplos de estudiosos que, em suas pesquisas, sustentavam que três fatores eram suficientes para descrever a personalidade humana (Silva et al., 2007; Franco, 2007).

Eysenck é um autor de destaque na teoria dos traços e criticou abertamente o trabalho de Cattell por avaliar que os dados obtidos pela análise fatorial eram excessivamente subjetivos. O autor acreditava que os traços de personalidade derivavam de três sistemas biológicos fundamentais e que, portanto, a análise fatorial era insuficiente para definir as dimensões básicas da personalidade (Silva et al., 2007; Franco, 2007).

Ele defendia a psicologia científica e empírica com bases biológicas e que compreendesse as leis gerais do comportamento humano. Assim, concebia a personalidade como cognitiva e não cognitiva. A primeira englobaria inteligência e habilidades mentais, enquanto a segunda dizia respeito ao temperamento e ao caráter (Eysenck, 1990).

Em suas pesquisas iniciais, Eysenck detectou apenas duas estruturas de personalidade humana, as quais nomeou de extroversão/introversão e neuroticismo/estabilidade emocional. A terceira dimensão, chamada de psicoticismo, foi introduzida posteriormente (Scholte; De Bruyn, 2004; Franco, 2007). Conhecido pelos seus estudos realizados com gêmeos monozigóticos, dizigóticos e irmãos adotivos, Eysenck concluiu que os traços e as dimensões da personalidade seriam determinados pela influência

preponderante da hereditariedade sobre as influências ambientais e situacionais. Ou seja, o autor, por meio dos resultados obtidos em seus estudos, defendeu que o ambiente familiar não possui todo o potencial modificador que se imaginava, e que os fatores genéticos têm uma contribuição significativa nas diferenças da personalidade (Eysenck, 1990).

Desenvolveu então o ***Inventário de Personalidade de Eysenck***, amparado em três dimensões (psicoticismo, neuroticismo e extroversão) pautadas no sistema biológico e fundamentadas especialmente no sistema nervoso (Davidoff, 1983; Fadiman; Frager, 1986; Friedman; Schustack, 2004).

O modelo biológico derivado da pesquisa animal, desenvolvido por Robert Cloninger no final da década de 1980, também propôs inicialmente um modelo tridimensional de temperamento para descrever a personalidade. Ele acreditava que apenas três traços psicológicos eram necessários para descrever a personalidade que, por sua vez, era essencialmente hereditária. Esses traços se relacionam com sistemas monoaminérgicos, estando a dimensão *harm avoidance* (evitar o perigo) ligada à serotonina, *reward dependence* (depender de recompensas) à noradrenalina e *novelty seeking* (busca por novidades) à dopamina (De Fruyt et al., 2000).

Mais tarde, o autor incluiu o conceito de caráter, formando assim o Modelo Psicobiológico de Temperamento e Caráter (Cloninger, 1987; Lara, 2011). Assim, o temperamento é constituído por traços herdados e observáveis precocemente na infância. Representa a dimensão afetiva e emocional, assim como observado anteriormente, possui uma base biológica

e está relacionado à atividade dos neurotransmissores centrais. O autor propôs quatro traços de temperamento, que foram traduzidos para a nossa língua da seguinte forma: *busca de novidade*, *esquiva de danos*, *dependência de reforço* (ou recompensa) e *persistência* (Cloninger, 1987).

O caráter, por sua vez, representa a parte aprendida da personalidade, formado a partir das experiências individuais e dividido em três fatores: autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência (Cloninger et al., 1993).

Cloninger et al. criaram o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), utilizado internacionalmente, amplamente aceito por psicólogos e psiquiatras. Em nosso meio, foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Fuentes et al. (2000), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em meados da década de 1960, Tupes e Christal reanalisaram os dados obtidos nos estudos de Cattell e concluíram que uma solução de cinco fatores produziria o melhor modelo possível (Tupes; Christal, 1992; Silva; Nakano, 2011).

Apesar das evidências encontradas, pesquisadores deram pouca ênfase aos estudos sobre traços. Apenas no final de 1970 os modelos estruturais da personalidade tornaram-se populares (Anastasi; Urbina, 2000; Silva; Nakano, 2011).

O modelo que usa a solução de cinco fatores como descritores da personalidade passou então a ser chamado de “modelo dos cinco grande

fatores” (CGF) ou *Big Five*. Estabeleceu-se certa concordância em relação a essa teoria, em virtude das evidências encontradas sobre a sua universalidade e aplicabilidade em diferentes contextos (Hutz et al., 1998; De Pinho et al., 2005; Silva et al., 2007; Silva; Nakano, 2011).

Costa e McCrae (1992) afirmam que os cinco fatores representam as dimensões mais básicas, identificadas tanto na linguagem natural quanto em questionários psicológicos.

A estrutura do modelo consiste em cinco grandes fatores independentes, cada um dos quais é subdividido em seis subfatores (ou traços) inter-relacionados e que auxiliam na compreensão dos resultados (Franco, 2007; Flores-Mendonza, 2007).

O CGF tem mostrado ser capaz de explicar os resultados obtidos em testes criados em diferentes culturas e línguas, tendo sido replicado em alemão, japonês, chinês e hebraico. Investigações com estudantes de Hong Kong, Filipinas, Estados Unidos, Portugal, e uma população denominada de Nentsy no Círculo Ártico na Rússia, também replicaram o modelo. Portanto, diversas pesquisas transculturais o corroboraram (Hutz et al., 1998; De Pinho, 2005; Silva et al., 2007; Silva; Nakano, 2011).

Embora ainda haja divergências em relação à denominação dos fatores, há consenso em relação ao conteúdo das dimensões independentemente do país, instrumento ou pessoa avaliada (Silva; Nakano, 2011).

De acordo com Hutz et al. (1998), a descoberta dos cinco fatores foi acidental:

A descoberta dos cinco fatores foi acidental e se constitui em uma generalização empírica, replicada independentemente inúmeras vezes. Como o modelo não foi desenvolvido a partir de uma teoria, não há, conseqüentemente, uma explicação teórica a priori (e satisfatória) dos motivos que levariam a organização da personalidade em cinco (e não quatro ou sete) dimensões básicas (p.4).

McCrae e John (1992) afirmam que tal fato não é uma dificuldade para o modelo, uma vez que situações similares são encontradas em todas as ciências; por exemplo, biólogos que identificaram oito classes de vertebrados e que não possuem uma explicação de por que os vertebrados se dividem em exatamente em oito classes (Hutz et al., 1998).

McCrae (2006) explica que a teoria pentafatorial da personalidade defende que ela é formada por traços que possuem uma base biológica, de modo que disposições para agir e sentir de determinadas maneiras não são influenciadas diretamente pelo ambiente, mas sim por expressões da biologia. Não se exclui a importância do ambiente quanto ao modo do ser humano agir e interagir, pois também ocorrem adaptações em relação às influências ambientais que, por sua vez, irão auxiliar na determinação das escolhas e decisões de um determinado indivíduo.

Os traços de personalidade possuem três funções importantes: resumir, prever os comportamentos futuros e explicar a conduta de uma determinada pessoa como partindo dela própria e não da situação externa, o que sugere algum tipo de mecanismo interno que produz o comportamento

(Pervin; John, 2004). Os traços apresentam quatro características essenciais (Schultz; Schultz, 2006):

- Os traços de personalidade existem em todos os indivíduos, não se tratando de rótulos criados para explicar comportamentos;
- Os traços determinam ou provocam o comportamento;
- Os traços estão inter-relacionados e podem sobrepor-se, embora representem características diferenciadas;
- Os traços variam de acordo com a situação, ou seja, uma mesma pessoa pode apresentar traços organizados em uma determinada situação e, em outras, traços desorganizados.

Outros inventários foram desenvolvidos com o objetivo de representar este modelo. Entre eles, um dos mais significativos é o Inventário de Personalidade Neo Revisado (NEO-PI-R), desenvolvido nas versões de autorrelato (forma S – *self report*) e heteroavaliação (forma R – *observer ratings*). Sua primeira versão, desenvolvida por Costa e McCrae, se deu em 1985, quando então se chamava apenas NEO-PI e era representado por facetas de apenas três domínios. Em 1991, teve origem o NEO-PI-R, momento em que incorporou outros dois domínios faltantes (Franco, 2007; Flores-Mendonza, 2007).

O NEO-PI-R atualmente é composto por cinco domínios e cada um deles é sustentado por seis facetas, totalizando 30 facetas organizadas entre os domínios. Cada faceta é medida por oito itens e, conseqüentemente, cada fator é formado por 48 itens. O inventário total é constituído por 240

itens sobre comportamentos, pensamentos e sentimentos do respondente, e é apresentado em escala Likert, variando de “discordo fortemente” a “concordo fortemente” (Franco, 2007; Flores-Mendonza, 2007). É um instrumento que deve ser comprado e sua correção é computadorizada.

Os cinco fatores representados são bipolares. Isso significa que, em um polo, essa característica pode ser extremamente elevada e, no outro, pode ser muito baixa. Não existem pontos de corte que separam as pessoas que “têm” das que “não têm” o traço, uma vez que pressupõe-se que todas as pessoas possuem todos os traços em algum grau, e o que varia entre os indivíduos é a intensidade de cada traço (Franco, 2007; Flores-Mendonza, 2007).

As descrições dos domínios abaixo estão de acordo com o manual do Inventário de Personalidade Neo Revisado - NEO-PI-R brasileiro e pela descrição fornecida por Costa e McCrae (1992).

Neuroticismo (neuroticism): é considerado o domínio mais importante da personalidade e que diz respeito à instabilidade/estabilidade emocional de um indivíduo. Este traço refere-se a tendência geral para experimentar emoções negativas, como ansiedade, medo, tristeza, vergonha, raiva, culpa e nojo. Indivíduos com alto escore neste fator tendem a ser suscetíveis ao estresse psicológico, a apresentar ideias irracionais, falta de habilidade em controlar seus impulsos e lidar com o estresse. O sujeito com baixo escore neste traço normalmente é equilibrado, calmo, controlado e despreocupado, tende a responder a diferentes estímulos de

modo mais controlado e proporcional, retornando rapidamente a seu estado normal após vivenciar uma emoção intensa.

Extroversão (extraversion): Corresponde ao nível de sociabilidade de um indivíduo. Extrovertidos são sociáveis, assertivos, alegres, otimistas, bem dispostos, possuem grande nível de energia, busca por estimulação e excitação. Gostam de pessoas e de andar em grupos. Os introvertidos, por outro lado, tendem a ser sérios, inibidos e a evitar a companhia de outras pessoas. Pessoas introvertidas não são pessoas necessariamente tristes e infelizes ou tímidas.

Abertura a experiência (openess): caracterizada por um interesse intrínseco na experiência em uma ampla variedade de áreas. Engloba traços como flexibilidade de pensamento, fantasia, imaginação, interesses culturais, versatilidade e curiosidade. São pessoas predispostas a mudanças, novas ideias, valores e concepções. Indivíduos com baixo escore neste traço podem ser fechados e preferem o conhecido, a rotina e prezam os valores tradicionais.

Amabilidade (agreeableness): assim como a extroversão, é uma dimensão de tendências interpessoais. São traços que levam a atitudes e a comportamentos sociais. Trata da predisposição a sensibilizar-se pela situação dos outros e a colocar-se no lugar deles. Indivíduos com alto escore neste fator tendem a ser socialmente agradáveis, calorosos, dóceis, generosos, cordiais, simpáticos e leais. Baixo escore neste fator caracteriza pessoas que apresentam baixa cordialidade, egocêntricas, irritáveis e

manipuladoras. São mais preocupados com seus próprios interesses e desconfiam facilmente de outras pessoas.

Conscienciosidade (*conscientiousness*): refere-se ao senso de contenção e sentido prático. Avalia o grau de organização, persistência e motivação em contraste com características como preguiça e descuido. Indivíduos com escore elevado neste fator são responsáveis, zelosos e disciplinados, e apresentam características como honestidade, engenhosidade, cautela, organização e persistência. Os que possuem baixo escore, por sua vez, tendem a ser pessoas relaxadas e sem ambição. Possivelmente são mais distraídos, preguiçosos e facilmente desencorajados a cumprir uma tarefa.

O Inventário de Personalidade Neo Revisado (NEO-PI-R) foi adaptado e traduzido em nosso meio por Flores-Mendoza (2007). A popularização deste instrumento se deveu a pesquisas transculturais, realizadas em 50 culturas diferentes, utilizando-se do mesmo instrumento. Os dados dessas pesquisas dão apoio à hipótese de que os traços de personalidade são comuns a todos os grupos humanos (McCrae et al., 2005).

A associação entre psicopatologia e personalidade tem sido descrita na literatura. Existem diferentes modelos e concepções que ressaltam essa relação, conforme descritos a seguir.

1.3 Psicopatologia e personalidade

Há seis principais modelos que explicam a relação existente entre psicopatologia e personalidade. O primeiro deles, denominado *vulnerability model*, declara que os traços de personalidade contribuem para o desenvolvimento dos transtornos mentais, propondo assim que os escores de personalidade podem prever o desenvolvimento de um transtorno mental futuro. *Pathoplasty model* defende que os traços de personalidade podem influenciar o curso, a gravidade e prever o prognóstico da doença, uma vez que esta se desenvolveu. *Scar model* propõe que os transtornos mentais podem alterar permanentemente a personalidade da pessoa, ao passo que o *complication model* postula que essa mudança é temporária e permanece apenas enquanto a doença estiver em evidência. O modelo conhecido como *common cause model* argumenta que a personalidade e a psicopatologia estão interligadas por possuírem raízes comuns, como as vulnerabilidades genéticas. Por último, o *spectrum model* compreende que os distúrbios e os traços são apenas manifestações de um mesmo processo (Kotov et al., 2010).

Todos esses modelos receberam algum apoio empírico; entretanto, de acordo com Kotov et al (2010), os dados longitudinais necessários para compará-los são muito escassos para permitir uma generalização (Klein et al., 1993; Clark et al., 1994; Bienvenu; Stein, 2003; Ormel et al., 2004; Christensen; Kessing, 2006).

Embora conhecer os traços de personalidade possa ajudar a prever um possível transtorno mental e sua gravidade ou prognóstico, Costa e

McCrae (1992) defendem que compreender a personalidade pode ter um papel ainda mais amplo, como ajudar na compreensão e formulação de caso de um dado paciente, no estabelecimento de vínculo terapêutico e antecipação do curso da terapia, selecionando assim o melhor tipo de tratamento para cada pessoa.

Os traços de personalidade podem prever o melhor tipo de psicoterapia para cada paciente. Extrovertidos podem se beneficiar de terapia centrada no cliente ou psicanálise, que requerem considerável fala espontânea. Já os introvertidos podem preferir terapias de base comportamental ou Gestalt, porque os terapeutas dessas abordagens possuem um papel mais ativo na relação. Indivíduos fechados a novas experiências, por sua vez, normalmente são céticos e convencionais em seus gostos e crenças, de modo que provavelmente se beneficiem mais de terapias diretivas, com uso de técnicas que ensinem habilidades sociais, por exemplo (Costa; McCrae, 1992).

Yule (2003) afirmou que, apesar dos poucos estudos, pode-se concluir que existe uma relação complexa entre personalidade e TEPT. Conhecer os traços mais preponderantes neste transtorno pode auxiliar no sucesso do tratamento, tornando possível planejar intervenções mais adequadas.

1.4 Revisão da literatura

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, inicialmente procurando identificar *estudos sobre traços de personalidade e TEPT, de acordo com a teoria do Big Five* (Figura 1). Os estudos incluídos foram identificados por meio de pesquisa realizada nos bancos de dados do Pubmed, PsycINFO e Lilacs, entre 1988 e 2014. Foram utilizados os descritores big five inventory ou bfi ou Neo Inventory e PTSD ou post traumatic disorder em português e inglês. No PubMed obteve-se a seguinte equação booleana:

```
((big[All Fields] AND five[All Fields] AND ("personality inventory"[MeSH Terms] OR ("personality"[All Fields] AND "inventory"[All Fields]) OR "personality inventory"[All Fields] OR "inventory"[All Fields] OR "equipment and supplies"[MeSH Terms] OR ("equipment"[All Fields] AND "supplies"[All Fields]) OR "equipment and supplies"[All Fields])) OR bfi[All Fields] OR (Neo[All Fields] AND ("personality inventory"[MeSH Terms] OR ("personality"[All Fields] AND "inventory"[All Fields]) OR "personality inventory"[All Fields] OR "inventory"[All Fields] OR "equipment and supplies"[MeSH Terms] OR ("equipment"[All Fields] AND "supplies"[All Fields]) OR "equipment and supplies"[All Fields]))) AND (("stress disorders, post-traumatic"[MeSH Terms] OR ("stress"[All Fields] AND "disorders"[All Fields] AND "post-traumatic"[All Fields]) OR "post-traumatic stress disorders"[All Fields] OR "ptsd"[All Fields]) OR (post[All Fields] AND ("wounds and injuries"[MeSH Terms] OR ("wounds"[All Fields] AND "injuries"[All Fields]) OR "wounds and injuries"[All Fields] OR ("traumatic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "traumatic disorder"[All Fields])))
```

Foram incluídos todos os artigos que descreveram os traços de personalidade em TEPT com base na teoria do Big Five.

Foram encontrados ao todo 117 artigos, porém ao final 91 foram excluídos por duplicidade ou por não apresentarem relação com o tema.

Em uma segunda busca, com o objetivo de encontrar estudos publicados sobre a *relação entre traços de personalidade e a resposta ao tratamento psicoterápico de base cognitivo-comportamental (TCC) em pacientes com TEPT* (Figura 2), foram utilizados os descritores Cognitive-Behavioral Therapy e predict treatment e Neo Pi ou Neo Inventory ou Big five Inventory e PTSD ou stress disorder, em português e inglês, originando-se no PubMed a equação:

```
("cognitive therapy"[MeSH Terms] OR ("cognitive"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive therapy"[All Fields] OR ("cognitive"[All Fields] AND "behavioral"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive behavioral therapy"[All Fields]) AND predict[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND Neo[All Fields] AND ("personality inventory"[MeSH Terms] OR ("personality"[All Fields] AND "inventory"[All Fields]) OR "personality inventory"[All Fields] OR "inventory"[All Fields] OR "equipment and supplies"[MeSH Terms] OR ("equipment"[All Fields] AND "supplies"[All Fields]) OR "equipment and supplies"[All Fields])) OR (Neo[All Fields] AND ("Proteomics Insights"[Journal] OR "pi"[All Fields] OR "Prostate Int"[Journal] OR "pi"[All Fields] OR "Patient Intell"[Journal] OR "pi"[All Fields])) OR (big[All Fields] AND five[All Fields] AND ("personality inventory"[MeSH Terms] OR ("personality"[All Fields] AND "inventory"[All Fields]) OR
```

"personality inventory"[All Fields] OR "inventory"[All Fields] OR "equipment and supplies"[MeSH Terms] OR ("equipment"[All Fields] AND "supplies"[All Fields]) OR "equipment and supplies"[All Fields]) AND ("stress disorders, post-traumatic"[MeSH Terms] OR ("stress"[All Fields] AND "disorders"[All Fields] AND "post-traumatic"[All Fields]) OR "post-traumatic stress disorders"[All Fields] OR "ptsd"[All Fields]))

Embora a pesquisa tenha resultado ao todo em 499 artigos, apenas um tinha realmente relação com o assunto estudado na presente pesquisa.

Foram encontrados cinco artigos sobre a relação entre traços de personalidade e seu impacto na resposta do tratamento psicoterápico de base cognitivo-comportamental em pacientes obesos, dependentes químicos, jogadores patológicos, depressivos e com problemas de insônia (Bliwise et al., 1995; Bagby et al., 2008; Quilty et al., 2008; Deumens et al., 2012; Grille et al., 2013).

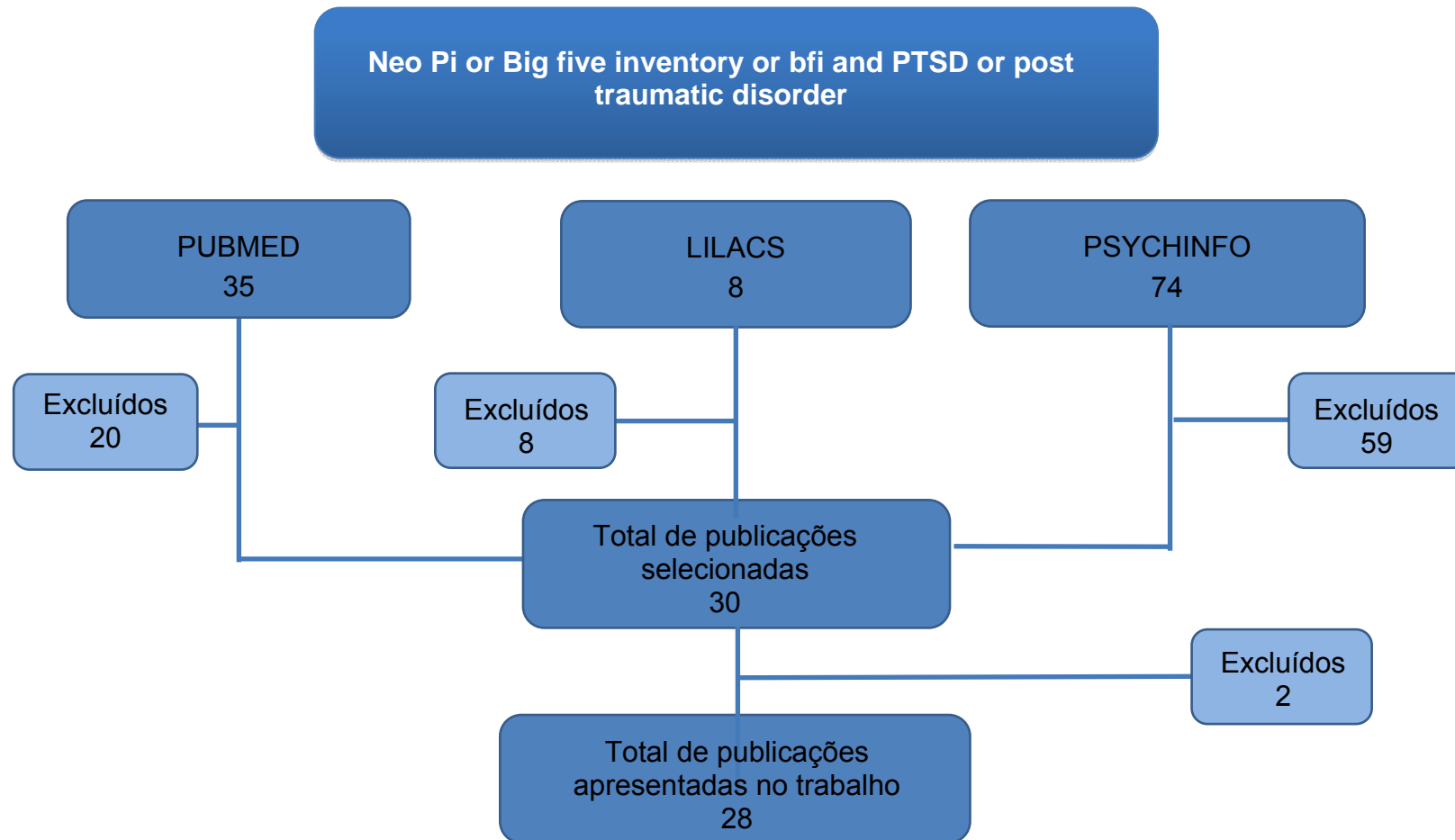


Figura 1 - Revisão da literatura sobre traços de personalidade e TEPT

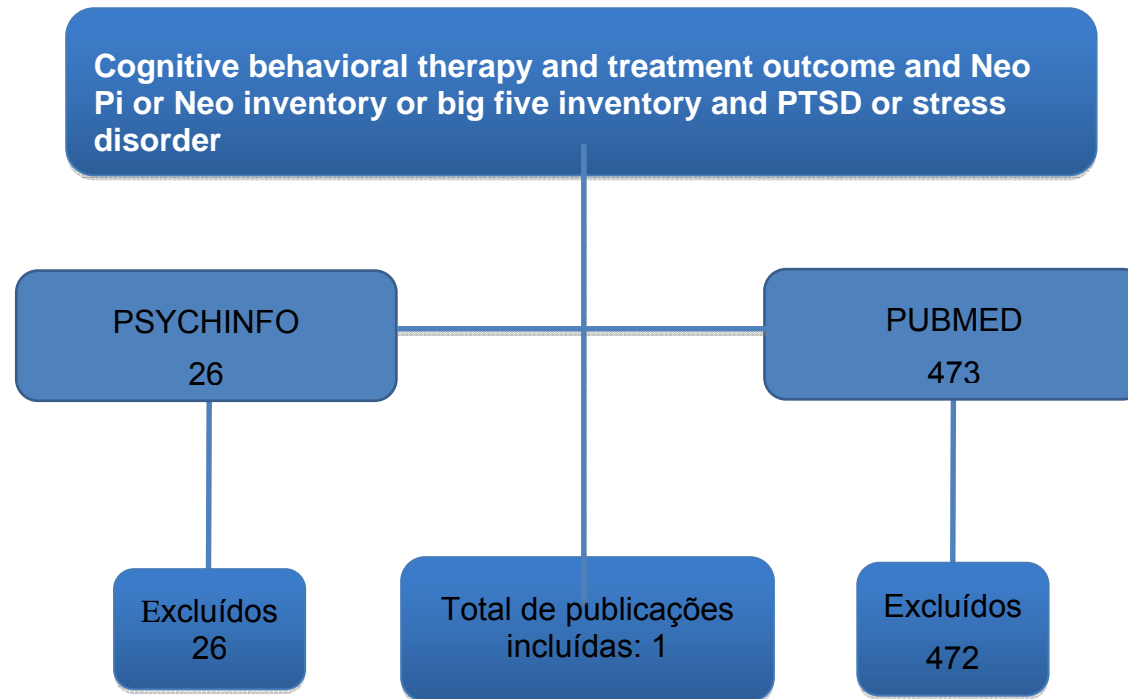


Figura 2 - Revisão da literatura sobre a relação entre traços de personalidade, TCC e TEPT

1.5 A relação entre traços de personalidade e TEPT

Pesquisas têm sugerido uma relação entre TEPT e traços de personalidade. Os traços de personalidade podem estar associados à gravidade do transtorno, assim como a fatores de proteção e de risco para o seu desenvolvimento (Jaksic et al., 2012).

De acordo com a teoria dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (CGF) ou *Big Five*, os estudos mostraram que os participantes com diagnóstico de TEPT, independentemente do trauma sofrido, apresentaram escore elevado em neuroticismo (N) (Talbert et al., 1993; Hyer et al., 1994; Fauerbach et al., 2000; Lawrence; Fauerbach, 2003; Chung et al., 2007; Borja et al., 2009; Berenz et al., 2010; Chung et al., 2010; O'Connor, 2010; LaFauchi-Schutt; Marotta, 2011; Ogle et al., 2014).

Parece ser consenso que pacientes com TEPT apresentam escores elevados no domínio N. Entretanto, sobre os demais domínios, menos estudos encontraram relação com o transtorno.

Em relação a *abertura para experiência* (O), os estudos que encontraram relação entre O e TEPT constataram escore pequeno nesse domínio (Talbert et al., 1993; Hyer et al., 1994; Fauerbach et al., 2000; Zoellner et al., 2008; Rector et al., 2012). Já o domínio *extroversão* (E) apresentou dados divergentes. Alguns autores encontraram pequeno escore em E (Hyer et al., 1994; Carlier et al., 1997), enquanto outros encontraram escore elevado referente a esse mesmo domínio em pacientes com TEPT (Fauerbach et al., 2000; LaFauchi-Schutt; Marotta, 2011).

Baixo escore em *amabilidade* (A) foi relacionado com TEPT em alguns estudos (Talbert et al., 1993; Fawerbach et al., 2000; Chung et al., 2007; Ogle et al., 2014). Com relação ao domínio *conscienciosidade* (C), pesquisas encontraram uma relação positiva entre baixa frequência de respostas em C e TEPT (Fawerbach et al., 2000; Rector et al., 2012; Clarck; Onwens, 2012; Ogle et al., 2014). A Tabela 1 especifica os traços mais encontrados pelos autores acima relacionados.

Escore N elevado foi associado ao fator de risco relacionado ao desenvolvimento do TEPT (McFarlane, 1988; Breslau et al., 1991; Breslau et al., 1995, Fauerbach et al., 2000; LaFauchi; Marotta, 2001; Chung et al., 2006; Jaksic et al., 2012; James et al., 2013; Brelau; Schultz, 2013).

Baixo escore em E também foi relacionado como fator de risco para o TEPT (McFarlane, 1988; Breslau et al., 1991; Breslau et al., 1995, Fauerbach et al., 2000; Caska; Renshaw, 2013; Jaksic et al., 2012; James et al., 2013). Entretanto, os trabalhos desenvolvidos por LaFauchi-Schutt e Marotta (2011) e Chung et al. (2006) não encontraram uma associação positiva entre esses dois fatores.

Escore elevado em O foi relacionado como fator de vulnerabilidade após a vivência de um evento traumático apenas no estudo realizado por Knezevic et al. (2005) (Tabela 2).

Tabela 1 - Traços de personalidade mais encontrados pelos autores

Alto neuroticismo (N)
Berenz et al., 2010
Borja e Callahan, 2009
Chung et al., 2007
Chung et al., 2010
Fauerbach et al., 2000
Hyer et al., 1994
LaFauchi-Schutt e Marotta, 2011
Lawrence e Fauerbach, 2003
O'connor, 2010
Ogle et al., 2014
Talbert et al., 1993
Breslau e Scultz, 2013
Baixa abertura para experiência (O)
Fauerbach et al., 2000
Rector et al., 2012
Hyer et al., 1994
Talbert et al., 1993
Zoellner et al., 2008
Baixa extroversão (E)
Carlier et al., 1997
Hyer et al., 1994
Alta extroversão (E)
Fauerbach et al., 2000
LaFauchi- Schutt e Marotta, 2011
Baixa amabilidade (A)
Chung et al., 2007
Ogle et al., 2014
Talbert et al., 1993
Fauerbach et al., 2000
Baixa conscienciosidade (C)
Fauerbach et al., 2000
Rector et al., 2012
Ogle et al., 2014
Clarck e Onwens, 2012

Tabela 2 - Fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de TEPT

Alto neuroticismo (N)
Breslau et al., 1991
Breslau et al., 1995
Chung et al., 2006
Fauerbach et al., 2000
Jaksic et al., 2012
James et al., 2013
LaFauchi-Schutt e Marotta, 2011
McFarlane, 1988
Baixa extroversão (E)
Breslau et al., 1991
Breslau et al., 1995
Caska e Renshaw, 2013
Fauerbach et al., 2000
Talbert et al., 1993
Jaksic et al., 2012
McFarlane, 1988
Não encontraram associação entre baixo E e TEPT
LaFauchi- Schutt e Marotta, 2011
Chung et al., 2006
Alta abertura para experiência (O)
Knezevic et al., 2005

Fatores de proteção também foram descritos (Tabela 3). Escore elevado em E foi considerado um fator de proteção para o desenvolvimento do transtorno em pacientes expostos previamente a algum tipo de evento traumático (Fauerbach et al., 2000; Nightingale; Williams, 2000; Jaksic et al., 2012).

Pacientes que pontuaram altos índices nos fatores A e O também apresentaram menor risco de desenvolver os sintomas característicos de TEPT (Nightingale; Williams, 2000; Jaksic et al., 2012; Wang et al., 2013). Alguns estudos, entretanto, não encontraram relação entre traços de personalidade e fatores de proteção ao TEPT (Knezevíc et al., 2005; Yuan et al., 2011).

Tabela 3 - Fatores de personalidade como protetores da doença

Alta extroversão (E)
Fauerbach et al., 2000
Jaksic et al., 2012
Nightingale e Williams, 2000
Alta abertura para experiência (O)
Jaksic et al., 2012
Nightingale e Williams, 2000
Wang et al., 2013
Alta amabilidade (A)
Jaksic et al., 2012
Nightingale e Williams, 2000
Wang et al., 2013
Não encontraram relação entre fatores de proteção e TEPT
Knezevíc et al., 2005
Yuan et al., 2011

Quanto à gravidade da doença (Tabela 4), pontuação elevada no traço de personalidade N e baixos escores em A e C foram correlacionados com maior gravidade dos sintomas de TEPT (Talbert et al., 1993; Hyer et al.,

1994; Fauerbach et al., 2000; Lauterbach; Vrana, 2001; Borja et al., 2009; Caska; Renshaw, 2013).

Tabela 4 - Fatores de personalidade e a gravidade da doença

Alto neuroticismo (N)
Borja et al., 2009
Caska e Renshaw, 2013
Fauerbach et al., 2000
Hyer et al., 1994
Lauterbach e Vrana, 2001
Talbert et al., 1993
Baixa amabilidade (A)
Borja et al., 2009
Caska e Renshaw, 2013
Fauerbach et al., 2000
Hyer et al., 1994
Lauterbach e Vrana, 2001
Talbert et al., 1993
Baixa conscienciosidade (C)
Borja et al., 2009
Caska e Renshaw, 2013
Fauerbach et al., 2000
Hyer et al., 1994
Lauterbach e Vrana, 2001
Talbert et al., 1993

Na última década, a investigação sobre os fatores que contribuem para o desenvolvimento de TEPT aumentaram com o objetivo de compreender por que algumas pessoas desenvolvem o transtorno, enquanto

outras, expostas a eventos traumáticos semelhantes, não o desenvolvem. Os estudos são relativamente consistentes quanto ao TEPT estar relacionado ao traço de personalidade neuroticismo; entretanto, quanto às demais dimensões da personalidade, os achados são inconsistentes (Jaksic et al., 2012).

Entre as limitações dos estudos citados pelos autores que podem ter contribuído para essa inconsistência dos resultados encontram-se limitações da amostra, muitas vezes compostas por populações não clínicas, como policiais e veteranos de guerra, baixos sintomas de TEPT e resultados baseados em autorrelato, que, embora sejam amplamente utilizados, ficam aquém das entrevistas diagnósticas para transtornos psiquiátricos (Borja et al., 2009; Berenz et al., 2010; LaFauchi-Schutt; Marotta, 2011; Yuan et al., 2011; Caska; Renshaw, 2013; James et al., 2013; Wang et al., 2013).

1.6 A relação entre traços de personalidade e a resposta da TCC em pacientes com TEPT

Estudos que investigaram fatores preditivos de resultado positivo ao tratamento psicoterápico foram encontrados (Tarrier et al., 2000; Van Minnen et al., 2002; Forbes et al., 2003; Taylor et al., 2003; Karatzias et al., 2007). Entretanto, apenas um sobre a relação dos traços de personalidade, de acordo com a teoria do *Big Five* e a resposta ao tratamento psicoterápico de base cognitivo-comportamental, foi encontrado.

Van Emmerik et al. (2011) investigaram a relação entre os Cinco Grandes Fatores da Personalidade e a resposta ao tratamento psicoterápico de base cognitivo-comportamental em pacientes com diagnóstico de TEPT.

Pacientes com baixo escore em O continuaram com maior sintomatologia do TEPT após tratamento. Escore elevado neste mesmo domínio, portanto, foi relacionado ao resultado positivo do tratamento. Pacientes com alta pontuação em C também obtiveram melhores resultados com o tratamento psicoterápico. Neuroticismo não apresentou relação com a desistência ao tratamento cognitivo-comportamental na amostra estudada. A gravidade do TEPT influenciou mais na resposta do tratamento do que os traços de personalidade (Van Emmerik et al., 2011).

Estudos sobre a relação entre fatores de personalidade e resposta ao tratamento psicoterápico foram encontrados com outras abordagens terapêuticas e transtornos psiquiátricos. Bloom et al. (2007) pesquisaram a relação entre traços de personalidade, depressão e resposta a terapia interpessoal, enquanto Ogrodniczuk et al. (2003) estudaram a relação entre traços de personalidade e resposta a dois tipos de psicoterapia, a qual os autores denominaram "terapia interpretativa" e "terapia de apoio", aplicada a pacientes com diversos transtornos psiquiátricos do Eixo I.

Desta forma, observa-se a necessidade de que estudos sobre personalidade e a resposta de TEPT no tratamento de base cognitivo-comportamental sejam realizados. Cada paciente tem sua singularidade, assim como cada transtorno e tipo de tratamento. Assim, considerar a personalidade dos pacientes é validar a sua individualidade.

1.7 Justificativa

Grande parte dos estudos analisados nesta revisão tentou esclarecer o papel dos traços de personalidade como possíveis indicadores de vulnerabilidade, gravidade ou proteção ao TEPT. Entretanto, apenas uma pesquisa avaliando a relação da personalidade na resposta do tratamento cognitivo-comportamental foi encontrada na literatura (Van Emmerik et al., 2011).

Embora muitas pesquisas apresentem evidências positivas quanto ao resultado da TCC no tratamento de pacientes com TEPT (Foa et al., 1991; Resick; Schnicke, 1992; Hughes; Thompson, 1994; Marks et al., 1998; Devilly; Spense, 1999; Tarrier et al., 1999; Resick et al., 2002; Ehlers et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Karatizias et al., 2007; Bryant et al., 2008; Mendes et al., 2008), ainda assim, alguns pacientes não se beneficiaram com este tratamento (Ehlers et al., 1998; Tarrier et al., 2000).

Portanto, investigar outros fatores que possam contribuir para o sucesso do tratamento é relevante. Já que os fatores de personalidade podem influenciar no desenvolvimento do TEPT, é possível que eles também afetem a resposta ao tratamento, uma vez que a doença esteja instalada (Tarrier et al., 2000).

Richman e Frueh (1997) afirmaram que alguns traços de personalidade podem indicar pior resposta ao tratamento medicamentoso e psicoterápico. Reconhecer as características de personalidade do paciente com TEPT ajuda o terapeuta a encontrar ou modificar sua maneira de

intervir, procurando obter o máximo de cooperação e confiança na relação terapêutica.

Desta forma, conhecer mais sobre o tema possibilita entender particularidades dos pacientes, tornando possível planejar intervenções mais adequadas para cada indivíduo, maximizando a resposta ao tratamento psicoterápico.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- 1) Avaliar os traços de personalidade de pacientes adultos com transtorno de estresse pós-traumático;
- 2) Avaliar possíveis associações entre traços de personalidade e a melhora do paciente que fez tratamento psicoterápico.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os traços de personalidade presentes nesta amostra, de acordo com o Inventário de Personalidade NEO-PI-R, desenvolvido por Costa e McCrae e adaptado para o Brasil por Flores-Mendonza (2007) e compará-los com os dados normativos.
- Descrever quais são os traços de personalidade que se relacionaram com a resposta positiva à terapia cognitivo-comportamental e discutir os resultados com os artigos disponíveis sobre o assunto.

2.3 Hipóteses

De acordo com a literatura disponível sobre o assunto, as seguintes hipóteses foram formuladas:

- Quanto ao perfil de personalidade: pacientes com TEPT apresentarão neuroticismo elevado e baixos escores em extroversão, abertura para experiência, amabilidade e conscienciosidade quando comparados com a população normal.
- Quanto à relação entre a personalidade e resposta ao tratamento: pacientes com escores altos em conscienciosidade apresentarão melhor resposta ao tratamento cognitivo-comportamental.

3 Métodos

3 MÉTODOS

3.1 Amostra

Foram selecionados para o estudo 66 pacientes com idade entre 18 e 60 anos de ambos os gêneros, diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático, segundo os critérios do DSM-IV-TR, atendidos no Serviço de Psicoterapia e no Programa de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (IPq-HCFMUSP).

Foram convidados a participar do programa pacientes que procuraram espontaneamente o serviço ou que receberam informações na mídia.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

3.2.1 Critérios de inclusão:

- Pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático de acordo com o DSM-IV-TR;
- Idade entre 18 e 60 anos;
- Pacientes que foram capazes de escrever e seguir as instruções dos protocolos, assim como assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.2 Critérios de exclusão:

- Pacientes com idade maior que 60 anos;
- Pacientes com risco iminente de suicídio;
- Pacientes com comportamentos graves de automutilação (cortar, queimar e machucar-se deliberadamente);
- Psicose não estabilizada com o uso da medicação;
- Risco de ainda sofrer violência;
- Falta de memória em relação ao evento traumático;
- Dependência de álcool e drogas.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Questionário demográfico

Breve questionário incluindo perguntas sobre idade, sexo, raça, estado civil, tipo de trabalho, cargo e grau de instrução.

3.3.2 Para acessar a personalidade: inventário de personalidade NEO-PI-R

O instrumento foi adaptado para o Brasil por Flores-Mendonza em 2007. O NEO-PI-R é um instrumento de avaliação da personalidade desenvolvido pelos pesquisadores americanos Paul Costa e Robert McCrae. Baseia-se no modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (ou *Big Five*). É o instrumento com maior aceitação no mundo científico e

profissional (Flores-Mendonza, 2007). Está sustentado em décadas de pesquisa de analítica fatorial tanto na população normal quanto na população clínica. Considera haver cinco grandes fatores latentes na resposta das pessoas: neuroticismo, extroversão, abertura, amabilidade e conscienciosidade. Cada domínio é representado por seis facetas, totalizando um conjunto de 30, conforme explicitado na Tabela 5. Cada faceta varia de 0 a 32 pontos e é classificada em *muito baixo*, *baixo*, *médio*, *alto* e *muito alto*, segundo seus percentis. O escore de cada domínio é composto pela soma de suas facetas e também classificado segundo seus percentis.

É um questionário de autopreenchimento composto por 240 itens do tipo Likert (“Discordo Fortemente”, “Discordo”, “Neutro”, “Concordo”, “Concordo Fortemente”).

3.3.3 Para acessar a gravidade inicial e a melhora da doença após tratamento

Utilizou-se a Impressão Clínica Global (CGI), instrumento de aplicação simples e rápida, para avaliar a gravidade dos sintomas. Foram usadas duas escalas: o índice de gravidade e o índice de melhora.

Na primeira, o clínico deve avaliar a gravidade da doença do paciente no momento da entrevista, com base em sua experiência em pessoas com mesmo diagnóstico. O paciente é avaliado em uma escala do tipo Likert com escores variando de 1 a 7 (1 = normal, não doente; 2 = limítrofe para doença mental; 3 = levemente doente; 4 = moderadamente doente; 5 =

acentuadamente doente; 6 = gravemente doente; 7 = doença mental extremamente grave).

A segunda escala, também do tipo Likert e com 7 pontos, requer que o clínico avalie o quanto a pessoa melhorou ou piorou em relação ao início da intervenção, sendo 1 = muito melhor; 2 = melhor; 3 = ligeiramente melhor; 4 = sem alteração; 5 = ligeiramente pior; 6 = pior; 7 = muito pior (ICG; Guy, 1976).

3.3.4 Para assegurar o diagnóstico de TEPT

Utilizou-se o *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID- I/P, Version 2.0 9/98 revision)*, que é uma entrevista semiestruturada amplamente utilizada em estudos observacionais e clínicos no mundo todo, com o objetivo de fazer diagnósticos de acordo com o sistema do DSM-IV (First et al., 2002).

3.3.5 Para acessar comorbidades com outros transtornos psiquiátricos

Mini International Neuropsychiatric Interview versão Plus (MINI-plus). O MINI é uma breve entrevista diagnóstica padronizada compatível com os critérios do DSM-IV que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000).

Tabela 5 - Domínios e facetas do NEO PI-R

Domínios
N: Neuroticismo E: Extroversão O: Abertura A: Amabilidade C: Conscienciosidade
Facetas de neuroticismo
N1: Ansiedade N2: Raiva/hostilidade N3: Depressão N4: Embaraço/constrangimento N5: Impulsividade N6: Vulnerabilidade
Facetas de extroversão
E1: Acolhimento E2: Gregarismo E3: Assertividade E4: Atividade E5: Busca de sensações E6: Emoções positivas
Facetas de abertura para experiência
O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Ações variadas O5: Ideias O6: Valores
Facetas de amabilidade
A1: Confiança A2: Franqueza A3: Altruísmo A4: Complacência A5: Modéstia A6: Sensibilidade
Facetas de conscienciosidade
C1: Competência C2: Ordem C3: Senso de dever C4: Esforço por realizações C5: Autodisciplina C6: Ponderação

FONTE: Flores-Mendonza C.E. Inventário de Personalidade NEO-Revisado. Manual técnico. São Paulo, Vetor editora, 2007.

3.4 Medidas de eficácia

Para avaliar a eficácia do tratamento psicoterápico, utilizou-se como medida o Instrumento Impressão Clínica Global (CGI), aplicado antes do início e ao final do tratamento. O instrumento, em um primeiro momento, avalia a gravidade da doença apresentada pelo paciente e, em um segundo momento, avalia a melhora percebida após a intervenção terapêutica realizada. A escala é respondida no início e ao término do tratamento pelo mesmo médico que acompanhou o participante durante todo o processo. Pacientes que apresentaram melhora após tratamento foram avaliados pelo clínico com nota 1 e 2. Os participantes que foram avaliados com notas 3 ou 4 não apresentaram alteração após tratamento e aqueles avaliados com notas 5, 6 ou 7 pioraram após intervenção (Guy, 1976).

3.5 Procedimento

Os pacientes foram atendidos por psiquiatras que, em entrevista usando a seção sobre TEPT do SCID, asseguraram a presença do diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV-TR. Os pacientes incluídos neste estudo foram avaliados conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, pois a pesquisa foi iniciada anteriormente ao lançamento em 2013 do DSM-5. Os pacientes receberam tratamento farmacológico e acompanhamento psiquiátrico por estes profissionais.

Após receber informações sobre o tratamento no modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno de Estresse Pós-Traumático, os

pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Os participantes foram aleatoriamente distribuídos entre os terapeutas e passaram por 13 sessões de psicoterapia com psicólogos devidamente treinados para realização deste tratamento.

Antes de se iniciar a terapia, a gravidade da doença foi avaliada pelos médicos psiquiatras, colaboradores da pesquisa, cegos ao tratamento, por meio da primeira escala de Impressão Clínica Global (CGI). Neste momento, os pacientes também responderam o inventário de personalidade NEO-PI-R.

Ao final das 13 sessões, os participantes foram reavaliados pelos psiquiatras para classificar se havia melhora ou piora em relação ao início do tratamento, utilizando a segunda escala de CGI.

3.5.1 Descrição dos terapeutas

Os terapeutas selecionados para realização do tratamento na presente pesquisa possuíam ao menos 5 anos de formação e especialização em terapia cognitivo-comportamental. Antes de se iniciar a pesquisa, um grupo de aproximadamente 6 terapeutas foi selecionado e devidamente treinado por profissionais com anos de experiência em atendimento psicoterápico.

3.5.2 Descrição da terapia

Todos os pacientes da pesquisa passaram por terapia individual por 11 sessões semanais e mais duas sessões a cada 15 dias, totalizando 13 sessões ou 3 meses de tratamento. As sessões eram estruturadas e baseadas no protocolo desenvolvido por Edna Foa e Rothbaum em 1998. O tratamento consistiu na realização da psicoeducação sobre TEPT, técnicas de relaxamento, exposição *in vivo* e imaginária e reestruturação cognitiva.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa (n.294.092) foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPQ-FMUSP). Todos os pacientes desta pesquisa assinaram termo de consentimento antes de participar das entrevistas e do tratamento, após terem sido detalhadamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo (Anexo A).

3.7 Análise estatística

Variáveis categóricas (sexo, estado civil, categorias das facetas de personalidade e a gravidade da doença) foram apresentadas por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa; variáveis contínuas (como idade e anos de escolaridade), por média e desvio padrão.

Para comparar os traços de personalidade em relação à adesão e à resposta ao tratamento, utilizou-se o teste exato de Fisher (Agresti, 2002).

Ajustou-se o modelo de regressão logística para estimar a melhora do tratamento segundo a categoria inicial do CGI e os domínios significativos na análise inicial. Os resultados foram apresentados com as respectivas estimativas das razões de chance (*odds ratio*).

As comparações das médias dos valores contínuos dos traços de personalidade da amostra com os resultados da população normal foram realizados pelo teste *t-student* (Neter et al., 1996).

Os cálculos foram realizados com o auxílio do Software R 3.1.1 (R Core Team, 2014), considerando um nível de significância de 5%.

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Dados demográficos

Foram selecionados para participar da pesquisa 66 pacientes, dos quais 80,3% eram do sexo feminino e 19,7% do sexo masculino. Em relação ao estado civil, a maior parte era solteira (43,9%), 34,9% casados, 13,6% divorciados e 7,6% viúvos. A escolaridade era elevada, com média de 12,72 e desvio padrão de 3,38 anos. A média de idade dos selecionados era de 41,76 anos com desvio padrão de 12,69.

Quinze pacientes desistiram do tratamento antes de seu término, configurando 22,7% de desistência da amostra inicialmente selecionada. Segue a Figura 3 para melhor compreensão dos dados descritos.

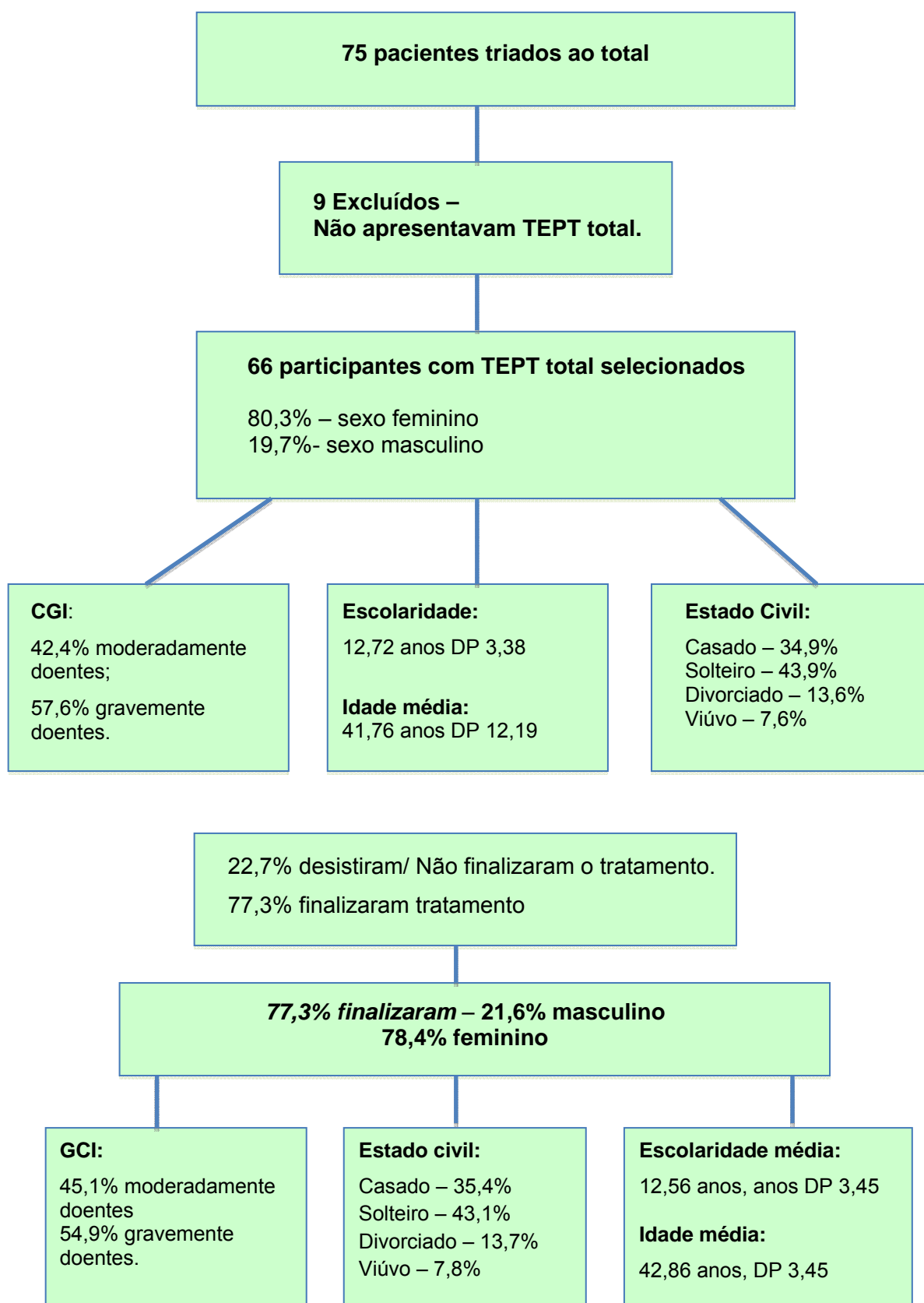


Figura 3 – Dados demográficos dos participantes

4.2 Gravidade da doença

Assim, conforme descrito na Figura 3, verifica-se nesta pesquisa que a amostra selecionada não foi composta por pessoas consideradas “*limítrofes para doença mental*” ou “*levemente doentes*” e, em contrapartida, constata-se que todos os participantes foram identificados como “*moderadamente doentes*” ou “*gravemente doentes*”, sendo a segunda classificação mais expressiva que a primeira, com 57,6% da amostra total de 66 pacientes. Quando se analisou a gravidade da doença apenas daqueles que finalizaram o tratamento (total de 51 participantes), esse número continuou significativo. Dos que concluíram a terapia, 54,9% foram considerados “*gravemente doentes*” pelos psiquiatras. As Tabelas 6 e 7 apresentam a gravidade da doença definida de acordo com a escala de Impressão Clínica Global (CGI) em dois momentos: com a amostra total selecionada inicialmente e com a amostra que de fato finalizou o tratamento.

Tabela 6 - Gravidade da doença da amostra de 66 pacientes

CGI_T1	N	%
Moderadamente doentes	28	42,4
Gravemente doentes	38	57,6
Total	66	100%

Tabela 7 - Gravidade da doença da amostra de 51 pacientes que finalizaram o tratamento

CGI_T1	N	%
Moderadamente doentes	23	45,1
Gravemente doentes	28	54,9
Total	51	100%

4.3 Frequência dos traços de personalidade por domínio e suas facetas

A Figura 4 apresenta as distribuições de frequência dos traços de personalidade total por domínio da amostra estudada. Neuroticismo (N) foi o traço mais frequente, apresentando escore elevado, seguido de abertura para experiência (O). Amabilidade (A), conscienciosidade (C) e extroversão (E) foram traços menos frequentes, portanto com escores mais baixos. A letra “T” diz respeito ao escore total de cada domínio.

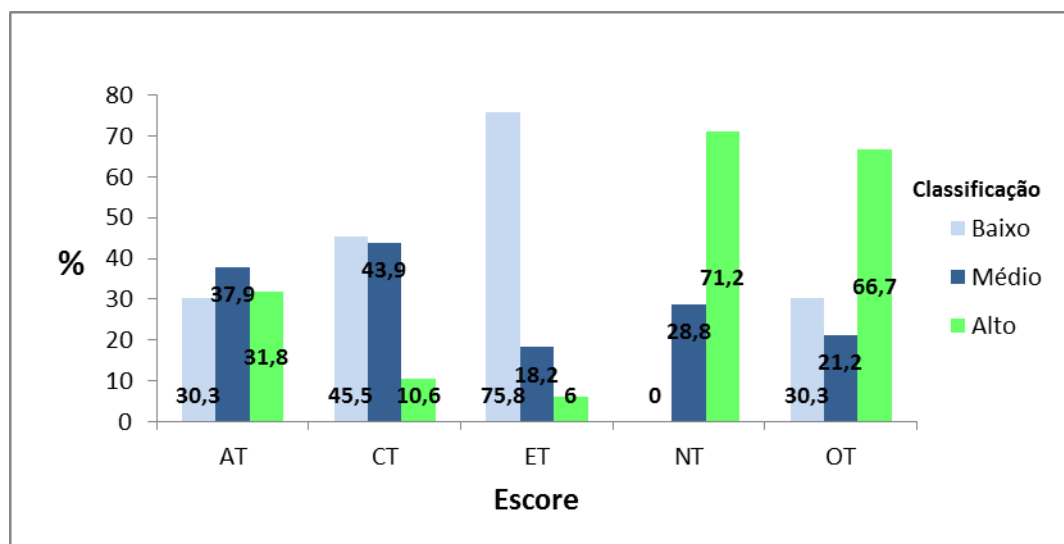


Figura 4 - Frequência dos traços de personalidade para escores categorizados totais

Em relação aos traços totais de personalidade e a adesão (término do tratamento), comparando esses dois fatores observa-se que, ao nível de significância de 5%, não se pode concluir que existam diferenças importantes da distribuição dos traços de personalidade entre os grupos. Portanto, os traços de personalidade dos participantes que finalizaram a terapia não diferem daqueles que desistiram do tratamento, conforme descrito na Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação dos traços totais segundo adesão ao tratamento

Escore	Terminou o tratamento						Valor p ¹	
	Não (n = 15)		Sim (n = 51)		Total (n = 66)			
	N	%	N	%	N	%		
	Baixo	0	0	0	0	0	0	
NT	Médio	6	40	13	25,5	19	28,8	0,335
	Alto	9	60	38	74,5	47	71,2	
	Baixo	11	73,3	33	64,7	44	66,7	
ET	Médio	3	20	11	21,6	14	21,2	0,906
	Alto	1	6,7	7	13,7	8	12,1	
	Baixo	4	26,6	16	31,3	20	30,3	
OT	Médio	4	26,7	21	41,2	25	37,9	0,404
	Alto	7	46,7	14	27,5	21	31,8	
	Baixo	11	73,3	39	76,5	50	75,7	
AT	Médio	3	20	9	17,6	12	18,2	0,999
	Alto	1	6,7	3	5,9	4	6,1	
	Baixo	8	53,4	22	43,1	30	45,5	
CT	Médio	5	33,3	24	47,1	29	43,9	0,630
	Alto	2	13,3	5	9,8	7	10,6	

(1) Teste exato de Fisher

(2) NT = neuroticismo total; ET = extroversão total, OT = Abertura total, AT = amabilidade total e CT = conscienciosidade total.

Em relação ao domínio N e suas facetas, observa-se que todas elas apareceram com escores “alto”, demonstrando que esses pacientes apresentam uma tendência a serem mais ansiosos, depressivos, constrangidos, raivosos, impulsivos e vulneráveis (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das facetas de neuroticismo

ESCORE		BAIXO	MÉDIO	ALTO	TOTAL
NTClassificação	N	0	19	47	66
	%	0	28,8	71,2	100
N1Classificação	N	3	16	47	66
	%	4,6	24,2	71,2	100
N2Classificação	N	6	14	46	66
	%	9,1	21,2	60,7	100
N3Classificação	N	0	18	48	66
	%	0	27,3	72,7	100
N4Classificação	N	9	26	31	66
	%	13,6	39,4	47	100
N5Classificação	N	8	27	31	66
	%	12,1	40,9	47	100
N6Classificação	N	4	17	45	66
	%	6	25,8	68,2	100

1) N1 = ansiedade; N2 = raiva/hostilidade; N3 = depressão; N4 = embaraço/constrangimento; N5 = impulsividade e N6 = vulnerabilidade.

Nas facetas referentes a E, ao contrário do neuroticismo, observam-se baixos escores relacionados a esse domínio em sua grande maioria (Tabela 10). Apenas a faceta E3 (assertividade) apresentou respostas equilibradas. Assim, observa-se um padrão de personalidade de pessoas formais, distantes, frias, solitárias, que exibem uma conduta mais reservada, são cautelosas, sérias e possuem dificuldade em vivenciar emoções positivas (Carmo; Leal, 2006).

Tabela 10 - Distribuição das facetas de extroversão

Escore		Status final do paciente						Valor p ¹
		Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
ETClassificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	29	76,3	39	76,5	1
	<i>Médio</i>	2	15,4	7	18,4	9	17,6	
	<i>Alto</i>	1	7,7	2	5,3	3	5,9	
E1Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	13	34,2	22	43,2	0,106
	<i>Médio</i>	2	15,4	15	39,5	17	33,3	
	<i>Alto</i>	2	15,4	10	26,3	12	23,5	
E2Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	25	65,8	35	68,6	0,878
	<i>Médio</i>	2	15,4	9	23,7	11	21,6	
	<i>Alto</i>	1	7,7	4	10,5	5	9,8	
E3Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	11	28,9	20	39,2	0,015
	<i>Médio</i>	1	7,7	18	47,4	19	37,3	
	<i>Alto</i>	3	23,1	9	23,7	12	23,5	
E4Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	17	44,7	25	49	0,218
	<i>Médio</i>	5	38,5	13	34,2	18	35,3	
	<i>Alto</i>	0	0	8	21,1	8	15,7	
E5Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	28	73,7	38	74,6	1
	<i>Médio</i>	2	15,4	7	18,4	9	17,6	
	<i>Alto</i>	1	7,7	3	7,9	4	7,8	
E6Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	30	78,9	40	78,4	1
	<i>Médio</i>	2	15,4	6	15,8	8	15,7	
	<i>Alto</i>	1	7,7	2	5,3	3	5,9	

1) E1 = acolhimento; E2 = gregarismo; E3 = assertividade; E4 = atividade; E5 = busca de sensações e E6 = emoções positivas.

Na Tabela 11 encontram-se especificadas as facetas do domínio O. A maioria das facetas apresentaram escore baixo, com exceção do O3, que apresentou resposta média. Esses dados revelam uma tendência desses pacientes a serem mais realistas, práticos, preferirem o familiar e a rotina. Eles são conservadores, pouco curiosos e tendem a desvalorizar as emoções.

Tabela 11 - Distribuição das facetas de abertura para experiência

Escore		BAIXO	MÉDIO	ALTO	Total
OTClassificação	N	44	14	8	66
	%	66,7	21,2	12,1	100
O1Classificação	N	35	20	11	66
	%	53,1	30,3	16,6	100
O2Classificação	N	26	31	9	66
	%	39,4	47	13,3	100
O3Classificação	N	37	23	6	66
	%	56,1	34,8	9,1	100
O4Classificação	N	37	19	10	66
	%	56,1	28,8	15,1	100
O5Classificação	N	34	20	12	66
	%	51,6	30,3	18,1	100
O6Classificação	N	35	20	11	66
	%	53,1	30,3	16,6	100

1) O1 = fantasia; O2 = estética; O3 = sentimentos; O4 = ações variadas; O5 = ideias e O6 = valores.

Entre as facetas que mais se destacam no domínio A estão a confiança (A1), com resposta baixa, e a modéstia (A5), com alto escore, caracterizando assim sujeitos mais desconfiados das intenções alheias, porém humildes, simples e com pouca vaidade (Tabela 12).

Tabela 12- Distribuição das facetas de amabilidade

Escore		Status final do paciente						Valor p ¹
		Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
ATClassificação	<i>Baixo</i>	7	53,8	9	23,7	16	31,3	0,089
	<i>Médio</i>	5	38,5	16	42,1	21	41,2	
	<i>Alto</i>	1	7,7	13	34,2	14	27,5	
A1Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	17	44,7	26	51	0,361
	<i>Médio</i>	3	23,1	13	34,2	16	31,4	
	<i>Alto</i>	1	7,7	8	21,1	9	17,6	
A2Classificação	<i>Baixo</i>	3	23	3	7,9	6	11,7	0,287
	<i>Médio</i>	5	38,5	14	36,8	19	37,3	
	<i>Alto</i>	5	38,5	21	55,3	26	51	
A3Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	12	31,6	20	39,2	0,19
	<i>Médio</i>	3	23,1	16	42,1	19	37,3	
	<i>Alto</i>	2	15,4	10	26,3	12	23,5	
A4Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	14	36,9	22	43,1	0,303
	<i>Médio</i>	3	23,1	11	28,9	14	27,5	
	<i>Alto</i>	2	15,4	13	34,2	15	29,4	
A5Classificação	<i>Baixo</i>	2	15,3	6	15,8	8	15,6	0,616
	<i>Médio</i>	5	38,5	9	23,7	14	27,5	
	<i>Alto</i>	6	46,2	23	60,5	29	56,9	
A6Classificação	<i>Baixo</i>	5	38,4	9	23,7	14	27,5	0,392
	<i>Médio</i>	6	46,2	16	42,1	22	43,1	
	<i>Alto</i>	2	15,4	13	34,2	15	29,4	

1) A1 = confiança; A2 = franqueza, A3 = altruísmo; A4 = complacência; A5 = modéstia e A6 = sensibilidade

A Tabela 13 descreve as distribuições das frequências das facetas do domínio C. As facetas mais evidentes são C5 (autodisciplina) e C6 (ponderação), que apresentam respostas baixas, indicando pessoas prostradas, que se frustram facilmente e por isso apresentam uma tendência a desistir com maior facilidade das situações, além de agirem sem pensar nas consequências, o que as torna mais impulsivas.

Tabela 13 - Distribuição das facetas de conscienciosidade

		BAIXO	MÉDIO	ALTO	Total
CTClassificação	N	30	29	7	66
	%	45,5	43,9	10,6	100
C1Classificação	N	42	21	3	66
	%	63,7	31,8	4,5	100
C2Classificação	N	23	26	17	66
	%	34,8	39,4	25,8	100
C3Classificação	N	13	30	23	66
	%	19,7	45,5	34,8	100
C4Classificação	N	26	27	13	66
	%	39,4	40,9	19,7	100
C5Classificação	N	34	21	11	66
	%	51,5	31,8	16,7	100
C6Classificação	N	35	14	17	66
	%	53,4	21,2	25,8	100

1) C1= competência; C2 = ordem; C3 = senso de dever; C4 = esforço por realizações; C5 = autodisciplina e C6 = ponderação

Em um segundo momento, com o objetivo de comparar os escores contínuos da média do traço de personalidade em relação à população normal, conclui-se que a mostra do presente estudo apresenta o domínio N com médias superiores à população geral. Os domínios E, O e C, por sua vez, apresentaram-se com médias inferiores (Tabela 14). Apenas o traço A não manifestou diferença significativa ($p=0,657$). Os valores de referência da população normal provêm do manual técnico do Inventário de Personalidade NEO-PI-R adaptado para o Brasil (Flores-Mendonza, 2007).

Tabela 14 - Comparação dos traços de personalidade com a população normal

Escore	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC para média (95%)		Média da população "normal"	Valor p ¹
						Inf	Sup		
NT	66	85	166	122,0	20,8	116,9	127,2	95,3	<0,001
ET	66	40	148	90,2	22,1	84,8	95,7	112,9	<0,001
OT	66	65	151	101,4	19,3	96,7	106,2	116,3	<0,001
AT	66	11	156	117,1	21,5	111,8	122,4	118,3	0,657
CT	66	59	150	107,6	20,2	102,7	112,6	118,9	<0,001

(1) Teste t-student para comparação da média amostral com a média estimada da população normal do manual NEO-PI-R

4.4 Correlação entre personalidade e melhora no tratamento

Quanto à personalidade e sua relação com a resposta ao tratamento terapêutico, observa-se na Tabela 15 que, entre os cinco domínios de personalidade, apenas o domínio C apresentou diferença significativa ao nível de 5% entre os grupos. Todos os pacientes com alto C e 88% daqueles que apresentaram escore médio neste domínio apresentaram melhora no tratamento.

Tabela 15 - Comparação dos traços totais segundo resultado do tratamento

Escore	Status final do paciente						Valor p ¹	
	Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total			
	N	%	N	%	N	%		
NT	Baixo	0		0		0		0,645
	Médio	2	15	11	85	13	100	
	Alto	11	29	27	71	38	100	
ET	Baixo	10	26	29	74	39	100	0,928
	Médio	2	22	7	78	9	100	
	Alto	1	33	2	67	3	100	
OT	Baixo	10	30,3	23	70	33	100	0,4
	Médio	1	9,1	10	91	11	100	
	Alto	2	28,6	5	71	7	100	
AT	Baixo	7	43,8	9	56	16	100	0,089
	Médio	5	23,8	16	76	21	100	
	Alto	1	7,1	13	93	14	100	
CT	Baixo	10	45	12	55	22	100	0,017
	Médio	3	12	21	88	24	100	
	Alto	0	0	5	100	5	100	

(1) Teste exato de Fisher

2) NT = neuroticismo total; ET = extroversão total; OT = abertura total; AT = amabilidade total e CT = conscienciosidade total.

Em relação às facetas de personalidade e sua relação com a resposta ao tratamento, a Tabela 16 aponta que, ao nível de significância previamente estipulado, observa-se diferença para E3 (assertividade) e O4 (ações variadas). Pacientes que apresentaram escore médio nessas duas facetas apresentaram melhores resultados com o tratamento terapêutico.

Tabela 16 - Correlação dos traços e facetas segundo resultado do tratamento

Escore		Status final do paciente						Valor p ¹
		Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
NTClassificação	<i>Baixo</i>	0	0	0	0	0	0	0,471
	<i>Médio</i>	2	15,4	11	28,9	13	25,5	
	<i>Alto</i>	11	84,6	27	71,1	38	74,5	
N1Classificação	<i>Baixo</i>	1	7,7	2	5,2	3	5,9	0,871
	<i>Médio</i>	2	15,4	9	23,7	11	21,6	
	<i>Alto</i>	10	76,9	27	71,1	37	72,5	
N2Classificação	<i>Baixo</i>	1	7,7	3	7,9	4	7,9	0,151
	<i>Médio</i>	0	0	9	23,7	9	17,6	
	<i>Alto</i>	12	92,3	26	68,4	38	74,5	
N3Classificação	<i>Baixo</i>	0	0	0	0	0	0	0,734
	<i>Médio</i>	4	30,8	10	26,3	14	27,5	
	<i>Alto</i>	9	69,2	28	73,7	37	72,5	
N4Classificação	<i>Baixo</i>	2	15,4	5	13,2	7	13,7	0,752
	<i>Médio</i>	4	30,8	16	42,1	20	39,2	
	<i>Alto</i>	7	53,8	17	44,7	24	47,1	
N5Classificação	<i>Baixo</i>	2	15,4	5	13,2	7	13,7	0,162
	<i>Médio</i>	2	15,4	17	44,7	19	37,3	
	<i>Alto</i>	9	69,2	16	42,1	25	49	
N6Classificação	<i>Baixo</i>	1	7,7	1	2,6	2	4	0,476
	<i>Médio</i>	2	15,4	10	26,3	12	23,5	
	<i>Alto</i>	10	76,9	27	71,1	37	72,5	

continua

Tabela 16 - Correlação dos traços e facetas segundo resultado do tratamento (continuação)

Escore		Status final do paciente						Valor p ¹
		Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
ETClassificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	29	76,3	39	76,5	1
	<i>Médio</i>	2	15,4	7	18,4	9	17,6	
	<i>Alto</i>	1	7,7	2	5,3	3	5,9	
E1Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	13	34,2	22	43,2	0,106
	<i>Médio</i>	2	15,4	15	39,5	17	33,3	
	<i>Alto</i>	2	15,4	10	26,3	12	23,5	
E2Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	25	65,8	35	68,6	0,878
	<i>Médio</i>	2	15,4	9	23,7	11	21,6	
	<i>Alto</i>	1	7,7	4	10,5	5	9,8	
E3Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	11	28,9	20	39,2	0,015
	<i>Médio</i>	1	7,7	18	47,4	19	37,3	
	<i>Alto</i>	3	23,1	9	23,7	12	23,5	
E4Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	17	44,7	25	49	0,218
	<i>Médio</i>	5	38,5	13	34,2	18	35,3	
	<i>Alto</i>	0	0	8	21,1	8	15,7	
E5Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	28	73,7	38	74,6	1
	<i>Médio</i>	2	15,4	7	18,4	9	17,6	
	<i>Alto</i>	1	7,7	3	7,9	4	7,8	
E6Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	30	78,9	40	78,4	1
	<i>Médio</i>	2	15,4	6	15,8	8	15,7	
	<i>Alto</i>	1	7,7	2	5,3	3	5,9	

continua

Tabela 16 - Correlação dos traços e facetas segundo resultado do tratamento (continuação)

Escore		Status final do paciente						Valor p ¹
		Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
O7Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	23	60,5	33	64,7	0,4
	<i>Médio</i>	1	7,7	10	26,3	11	21,6	
	<i>Alto</i>	2	15,4	5	13,2	7	13,7	
O1Classificação	<i>Baixo</i>	7	53,8	20	52,6	27	52,9	0,559
	<i>Médio</i>	3	23,1	13	34,2	16	31,4	
	<i>Alto</i>	3	23,1	5	13,2	8	15,7	
O2Classificação	<i>Baixo</i>	6	46,1	14	36,8	20	39,2	0,679
	<i>Médio</i>	5	38,5	19	50	24	47,1	
	<i>Alto</i>	2	15,4	5	13,2	7	13,7	
O3Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	19	50	27	52,9	0,904
	<i>Médio</i>	4	30,8	14	36,8	18	35,3	
	<i>Alto</i>	1	7,7	5	13,2	6	11,8	
O4Classificação	<i>Baixo</i>	10	76,9	15	39,5	25	49,1	0,029
	<i>Médio</i>	1	7,7	16	42,1	17	33,3	
	<i>Alto</i>	2	15,4	7	18,4	9	17,6	
O5Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	18	47,4	26	51	0,76
	<i>Médio</i>	3	23,1	13	34,2	16	31,4	
	<i>Alto</i>	2	15,4	7	18,4	9	17,6	
O6Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	18	47,4	26	51	0,691
	<i>Médio</i>	3	23,1	14	36,8	17	33,3	
	<i>Alto</i>	2	15,4	6	15,8	8	15,7	

continua

Tabela 16 - Correlação dos traços e facetas segundo resultado do tratamento (continuação)

Escore		Status final do paciente						Valor p ¹
		Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total		
		N	%	N	%	N	%	
ATClassificação	<i>Baixo</i>	7	53,8	9	23,7	16	31,3	0,089
	<i>Médio</i>	5	38,5	16	42,1	21	41,2	
	<i>Alto</i>	1	7,7	13	34,2	14	27,5	
A1Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	17	44,7	26	51	0,361
	<i>Médio</i>	3	23,1	13	34,2	16	31,4	
	<i>Alto</i>	1	7,7	8	21,1	9	17,6	
A2Classificação	<i>Baixo</i>	3	23	3	7,9	6	11,7	0,287
	<i>Médio</i>	5	38,5	14	36,8	19	37,3	
	<i>Alto</i>	5	38,5	21	55,3	26	51	
A3Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	12	31,6	20	39,2	0,19
	<i>Médio</i>	3	23,1	16	42,1	19	37,3	
	<i>Alto</i>	2	15,4	10	26,3	12	23,5	
A4Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	14	36,9	22	43,1	0,303
	<i>Médio</i>	3	23,1	11	28,9	14	27,5	
	<i>Alto</i>	2	15,4	13	34,2	15	29,4	
A5Classificação	<i>Baixo</i>	2	15,3	6	15,8	8	15,6	0,616
	<i>Médio</i>	5	38,5	9	23,7	14	27,5	
	<i>Alto</i>	6	46,2	23	60,5	29	56,9	
A6Classificação	<i>Baixo</i>	5	38,4	9	23,7	14	27,5	0,392
	<i>Médio</i>	6	46,2	16	42,1	22	43,1	
	<i>Alto</i>	2	15,4	13	34,2	15	29,4	

continua

Tabela 16 - Correlação dos traços e facetas segundo resultado do tratamento (conclusão)

Escore	Status final do paciente						Valor p ¹	
	Lig. melhor, sem Alter. ou Pior (n=13)		Melhorou (n=38)		Total			
	N	%	N	%	N	%		
CT Classificação	Baixo	10	76,9	12	31,5	22	43,1	0,017
	Médio	3	23,1	21	55,3	24	47,1	
	Alto	0	0	5	13,2	5	9,8	
C1Classificação	<i>Baixo</i>	9	69,2	22	57,9	31	60,8	0,858
	<i>Médio</i>	4	30,8	14	36,8	18	35,3	
	<i>Alto</i>	0	0	2	5,3	2	3,9	
C2Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	10	26,3	18	35,2	0,055
	<i>Médio</i>	4	30,8	15	39,5	19	37,3	
	<i>Alto</i>	1	7,7	13	34,2	14	27,5	
C3Classificação	<i>Baixo</i>	4	30,8	5	13,1	9	17,7	0,164
	<i>Médio</i>	7	53,8	18	47,4	25	49	
	<i>Alto</i>	2	15,4	15	39,5	17	33,3	
C4Classificação	<i>Baixo</i>	7	53,8	13	34,2	20	39,2	0,094
	<i>Médio</i>	6	46,2	15	39,5	21	41,2	
	<i>Alto</i>	0	0	10	26,3	10	19,6	
C5Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	16	42,1	24	47	0,18
	<i>Médio</i>	5	38,5	14	36,8	19	37,3	
	<i>Alto</i>	0	0	8	21,1	8	15,7	
C6Classificação	<i>Baixo</i>	8	61,5	18	47,4	26	51	0,703
	<i>Médio</i>	3	23,1	10	26,3	13	25,5	
	<i>Alto</i>	2	15,4	10	26,3	12	23,5	

- 1) **NT** = neuroticismo total, N1 = ansiedade, N2 = raiva/hostilidade, N3 = depressão, N4 = embaraço/constrangimento, N5 = impulsividade e N6 = vulnerabilidade
- 2) **ET** = extroversão total, E1 = acolhimento, E2 = gregarismo, E3 = assertividade, E4 = atividade, E5 = busca de sensações e E6 = emoções positivas
- 3) **OT** = abertura total, O1 = fantasia, O2 = estética, O3 = sentimentos, O4 = ações variadas, O5 = ideias e O6 = valores;
- 4) **AT** = amabilidade total, A1 = confiança, A2 = franqueza, A3 = altruísmo, A4 = complacência, A5 = modéstia e A6 = sensibilidade;
- 5) **CT** = conscienciosidade total, C1 = competência, C2 = ordem, C3 = senso de dever, C4 = esforço por realizações, C5 = disciplina e C6 = ponderação.

As Tabelas 17 e 18 ajustam modelos de regressão logística para a resposta ao tratamento. O primeiro, apenas com o CT e a classificação do CGI no instante inicial. A classificação média do CT apresentou valor p 0,08 e CGI 0,09, ou seja, ao nível de significância de 5%, não podemos atribuir o efeito da melhora a nenhuma das variáveis quando avaliadas conjuntamente. O modelo, porém, tem boa acurácia: 79,1%.

Interpreta-se a razão de chance (ou *odds ratio*) como o número de vezes que a chance aumenta para o nível do fator em questão. Na Tabela 17, por exemplo, estima-se que a chance de melhora cresça 3,77 vezes (IC 95% de [0,94;23,1]) se o paciente apresentar CT médio em relação àquele que é classificado como baixo. Estima-se que o CGI moderado aumente a chance de melhora em 3,88 vezes em relação ao CGI grave.

Tabela 17 - Coeficientes do modelo de regressão logística para resposta ao tratamento segundo CT e CGI inicial

Coeficiente	Estimativa	Erro padrão	Razão de Chance (RC)	IC para RC (95%)		Valor p
				Inferior	Superior	
Intercepto	-0,18	0,48				0,71
CTClassificação2Médio	1,33	0,75	3,77	0,94	23,10	0,08
CTClassificação2Alto	1,96	1,72	7,13	0,61	Inf	0,25
CLASSIFICAÇÃO_CGI_T1MODERADO	1,36	0,80	3,88	0,90	35,69	0,09

AUC: 79,1%

A Tabela 18 inclui as facetas significativas já apresentadas na Tabela 12. O resultado continua limítrofe para conscienciosidade médio e o mesmo acontece com E3 (assertividade) médio. Os outros fatores não são significativos. Nesse caso, o modelo de intervalo de confiança não ajustou bem devido a muitos parâmetros de personalidade para poucos dados. Nossa amostra é pequena e não tem poder suficiente para detectar esses efeitos ao nível de significância estipulado.

Tabela 18 - Coeficientes do modelo de regressão logística para resposta ao tratamento segundo CT, E3 e O4 e CGI inicial

Coeficiente	Estimativa	Erro padrão	Razão de Chance (RC)	IC para RC (95%)		Valor p
				Inferior	Superior	
(Intercept)	-1,27	0,73	0,28	0,03	1,02	0,08
CLASSIFICAÇÃO_CGI_T1MODERADO	1,19	0,86	3,27	0,66	50,45	0,17
CTClassificação2 Médio	1,63	0,84	5,12	1,12	64,18	0,05
CTClassificação2 Alto	0,80	1,72	2,24	0,14	Inf	0,64
E3Classificação Médio	2,14	1,09	8,52	1,24	465,02	0,05
E3Classificação Alto	0,31	1,23	1,36	0,05	27,03	0,80
O4Classificação Médio	1,33	1,09	3,79	0,53	151,34	0,22
O4Classificação Alto	0,37	1,31	1,45	0,09	90,88	0,78

AUC: 91,1%

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Todos nós enfrentamos situações de estresse. A forma como cada um lida com tais eventos é diferenciada e individual. Algumas pessoas podem apresentar-se mais calmas em situações estressantes, enquanto outras mostram-se mais ansiosas. Podemos dizer que tais diferenças dizem respeito à personalidade de cada um. Embora muitas vezes as pessoas sejam expostas a fatores de estresse que estão fora de seu controle, Bolger e Schilling (1991) concluíram que a forma de reação a um evento estressor é duas vezes mais importante do que os eventos estressores em si. E justificaram que o traço de personalidade neuroticismo está intimamente relacionado com a falta de habilidade de lidar com tais situações.

Nem todos os pacientes que sofreram um trauma irão de fato desenvolver o TEPT. A literatura sobre os fatores que podem predispor a doença é vasta, com o objetivo de compreender por que alguns pacientes desenvolvem o transtorno enquanto outros, que vivenciaram situações semelhantes, saem ilesos. Estudiosos sobre o assunto apontam que fatores individuais como genética, sexo, estado civil, baixa escolaridade e fatores de personalidade apresentam um papel importante no desenrolar do transtorno (Yehuda, 1999; Engelhard et al., 2003; Breslau et al., 2008).

Embora muitos estudos tenham sugerido que alguns traços de personalidade podem estar diretamente relacionados com a pré-disposição de desenvolver TEPT, entre os cinco traços de personalidade, o

neuroticismo é o que possui maior número de estudos apontando essa relação. Na literatura, esse traço foi reportado como relacionado ao TEPT em diversos tipos de trauma como incêndios, desastres naturais, acidentes automobilísticos e situações de guerra (McFarlane, 1988; Fauerbach et al., 2000; Holeva; Tarrier, 2001; An et al., 2013).

No presente trabalho, também encontramos tal relação. Observou-se que, em nossa amostra, 71,2% possuem um nível de neuroticismo alto. Além disso, em comparação com a população normal, nossa amostra apresenta este traço consideravelmente mais frequente.

Ele é o traço mais conhecido entre os cinco fatores de personalidade descritos. Sua popularidade decorreu da intrínseca relação encontrada entre esse traço e a presença de diversos transtornos mentais, como TEPT, transtorno depressivo, transtornos de ansiedade e dependência de drogas (Hettema et al., 2006; Lahey, 2009).

Segundo Costa e McCrae (1992), o neuroticismo é o domínio mais penetrante da personalidade e diz respeito à estabilidade emocional do sujeito. Sendo assim, pacientes com alto escore nesse traço apresentam instabilidade emocional, tendem a exibir características ansiosas e depressivas, são pessoas consideravelmente nervosas, tensas e vivenciam medo, tristeza, vergonha, raiva, culpa e nojo com mais facilidade. São mais propensos a apresentar ideias irracionais e, conseqüentemente, pouco habilidosos em lidar com o estresse e a controlar seus impulsos.

O neuroticismo aumenta a vulnerabilidade para desenvolver TEPT por meio de uma propensão característica das pessoas com alto escore nesse traço de ficar excitados rapidamente, focar com mais facilidade em estímulos associados aos eventos e suas consequências e a tendência de visualizar as situações sempre mais problemáticas e tensas do que realmente são. Como forma de enfrentar a situação, usam de estratégias de enfrentamento pouco eficientes como a autculpa (Breslau; Schultz, 2013).

Apesar disso, a relação entre os fatores de personalidade e o transtorno psiquiátrico está longe de ser clara (Ramos, 2011). Independentemente da correlação entre esses dois fatores, questiona-se se o N predispõe ao TEPT ou se o TEPT em si tem um impacto que causa um aumento considerável nesse traço (Breslau; Schultz, 2013; Soler-Ferreria et al., 2014).

De acordo com Breslau e Schultz (2013), esse traço tem sido consistentemente reportado como um preditor de TEPT em resposta a eventos traumáticos em diversos estudos com veteranos de guerra ou população geral de jovens adultos (McFarlane, 1988; McFarlane, 1988; Casella; Motta, 1990; Breslau et al., 1991; Talbert et al., 1993; Hyer et al., 1994).

Entretanto, para Ramos (2011), a presença de neuroticismo elevado não indica necessariamente que exista um papel causal entre esses dois fatores. Assim, a melhor forma de observar essa questão é por meio de estudos que observam o desenvolvimento da pessoa. Contudo, esses estudos são muito custosos e, por esse motivo, existem poucos (Alexander;

Wells, 1991; Engelhard et al., 2003; Parslow et al., 2006, Engelhard et al., 2009; Breslau; Schultz, 2013).

Observa-se em nossa busca que, na maioria dos estudos, o neuroticismo foi avaliado retrospectivamente, ou seja, depois do evento traumático, o que limita a interpretação causal entre esses dois fatores.

É possível encontrar na literatura alguns estudos que mediram o neuroticismo antes da ocorrência do evento traumático; entretanto, seus resultados são difusos. Alguns autores encontraram, de fato, uma associação importante entre neuroticismo e TEPT, enquanto outros não. Alexander e Wells (1991), Parslow et al. (2006), Breslau e Schultz (2013) encontraram essa associação, porém dois estudos realizados por Engelhard et al. (2003 e 2009) não a identificaram. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Soler-Ferreria et al. em 2014, a partir de 36 estudos, concluiu que, independentemente do desenho utilizado na pesquisa, a maior parte delas defende que esse traço é um preditor importante para o desenvolvimento de TEPT.

Portanto, acredita-se que, embora a maioria dos estudos disponíveis sobre o assunto tenha usado um desenho retrospectivo, grande parte deles apontam para a direção de que existe uma associação na qual o neuroticismo seria sim um preditor de TEPT. Compreendemos tal associação a partir do que defendeu Breslau e Schultz (2013) em seu artigo: *“Alto neuroticismo está associado a repetição de memórias passadas no presente, evitação fóbica, problemas de concentração e sono, que por sua vez, também caracterizam o TEPT”* (p. 1701 –tradução do autor).

Quanto aos outros fatores de personalidade, existe uma inconsistência maior na literatura sobre suas relações com o TEPT. A associação entre o domínio extroversão e o transtorno, em alguns estudos, apresentou escore elevado (Fauerbach et al., 2000; LaFauchi-Schutt; Marotta, 2011); outros autores encontraram baixo escore nesse mesmo domínio (Davidson et al., 1987; Hyer et al., 1994; Breslau et al., 1995; Carlier et al., 1997), enquanto alguns não encontraram associação alguma entre esses dois elementos (Breslau et al., 1991; Schnurr et al., 1993, Holeva; Tarrier 2001; Chung et al., 2007; Clarck; Owens, 2012).

Esse domínio da personalidade pode estar relacionado ao TEPT de formas contraditórias. Pessoas com extroversão elevada tendem a ser mais impulsivas e aventureiras, características essas que podem deixar o indivíduo mais suscetível a ser exposto ao trauma. Por outro lado, pessoas com alta extroversão são socialmente engajadas, o que, por sua vez, pode reduzir os sintomas ou até mesmo ser um fator protetor para o desenvolvimento de TEPT. Entretanto, a associação entre baixa extroversão e TEPT também é bastante clara. Pessoas com baixo escore nesse domínio não conseguem ter a energia, o incentivo e a motivação necessária para lidar com o trauma. Também não são muito sensíveis a recompensas e suas estratégias de enfrentamento para lidar com o evento traumático são pouco funcionais. São pessoas que não costumam ter relações sociais, preferem a solidão, fatores esses que podem permitir que o indivíduo fique preso nos sintomas da doença (Lawrence; Fauerbach, 2003).

Na nossa amostra, o domínio extroversão apareceu mais baixo quando comparado com a população normal. Além disso, todas as suas facetas apresentaram escores baixos. Entretanto não podemos afirmar a partir desse estudo que, de fato, baixa extroversão predispõe ao TEPT, já que não se trata de um estudo prospectivo. Podemos supor, porém, que tais características de personalidade auxiliam para que o paciente não consiga lidar adequadamente com os efeitos do trauma, o que, conseqüentemente, pode levá-los e desenvolver algum tipo de transtorno mental, seja esse o TEPT ou outros.

Em relação aos demais fatores de personalidade, como amabilidade, abertura e conscienciosidade, os dados disponíveis da literatura são ainda mais escassos.

Quanto ao domínio amabilidade, os poucos estudos que relataram alguma associação entre esse traço e o TEPT encontraram uma ligação negativa, ou seja, baixo escore relacionado ao TEPT (Talbert et al., 1993; Fauerbach et al., 2000; Chung et al., 2007; Ogle et al., 2014). Pessoas com alto escore em amabilidade são indivíduos confiáveis, complacentes, cooperativos, que acreditam nas intenções positivas e na honestidade dos demais, características estas que facilitam a interação. Também são vistas como simpáticas, altruístas e que se preocupam com os outros, o que pode ser um fator de proteção a transtornos mentais. Baixo escore nesse domínio, por outro lado, é conhecido por indivíduos céticos, cínicos, hostis em relação à vida e relutantes em ajudar os demais. De acordo com Chung et al. (2007), essas características por si só poderiam constituir um fator de risco para o

desenvolvimento de TEPT. Observando especificamente as características de nossa amostra, sem compará-las com a população normal, nota-se que ela é constituída por pessoas que possuem baixa confiança em si e nos demais; são pessoas egoístas, porém modestas. Embora a literatura disponível sobre o assunto aponte para uma tendência a pacientes com TEPT apresentarem baixa amabilidade, em nossa amostra não foi encontrada essa relação, pois, ao contrário de todos os outros domínios, a amabilidade apresentou-se praticamente na média quando comparada com a população geral. Esse dado não foi relatado em nenhum dos estudos encontrados, por isso acredita-se que, para se ter um dado mais fidedigno em relação à associação entre esses dois fatores, novos estudos com a população brasileira devem ser conduzidos.

Outro fator menos relatado na literatura sobre personalidade e TEPT é a abertura. A maioria dos estudos que descrevem esse traço estão de acordo com os dados encontrados nessa pesquisa. Assim como nos demais trabalhos, encontramos que pacientes com TEPT apresentam escore baixo nesse domínio (Talbert et al., 1993; Hyer et al., 1994, Zoellner et al., 2008; Rector et al., 2012).

Segundo Talbert et al. (1993), pessoas baixas nesse traço tendem a ser mais fechadas. Evitam atividades novas e diferentes, esquivam-se do desconhecido, características essas também presentes em portadores de TEPT, o que justifica o baixo escore desse traço nos pacientes. Além disso, Rector, em um estudo realizado em 2005 com pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), encontrou que pacientes com esse transtorno

apresentavam baixa abertura porque manifestavam uma tendência maior a sentir-se ameaçados por pensamentos e imagens intrusivas. No estudo realizado pelo mesmo autor em 2012, essa associação também foi encontrada com pacientes com TEPT. Ele justifica que pessoas com baixo escore nesse domínio são convencionais e, portanto, lidam com muita dificuldade com pensamentos ou imagens indesejados que surgem um sua cabeça, sintoma esse presente também no TEPT. Assim, possuem menor capacidade de lidar com o evento traumático, com as mudanças de vida decorrentes de tal acontecimento e de enfrentar as adversidades.

Finalmente, o quinto domínio, conscienciosidade, foi associado com TEPT em alguns estudos (Fauerbach et al., 2000; Rector et al., 2012; Clarck; Onwens, 2012; Ogle et al., 2014). De acordo com a literatura, também encontramos no presente estudo baixo escore nesse domínio. Em um estudo realizado com veteranos de guerra, Clarck e Onwens (2012) concluíram que aqueles com baixo escore eram potencialmente mais vulneráveis ao estresse psicológico. Já os veteranos ricos nesse domínio apresentam características como persistência, organização, senso de dever e esforço para realizações e foram associados com níveis mais baixos de TEPT.

Bogg e Roberts (2004) afirmam que a conscienciosidade tem sido relacionada a fatores ambientais e sociais que contribuem para resultados positivos para a saúde em geral, uma vez que pacientes ricos nesse domínio apresentam traços como responsabilidade, autocontrole, estratégias de enfrentamento e comportamentos positivos em relação à saúde. Essas

peças também costumam relatar maior percepção de apoio social (Caska; Renshaw, 2013). Em contrapartida, a falta de apoio estaria relacionada à piora da saúde física e psicológica. Pacientes baixos nesse traço são menos dispostos a fazer esforços para lidar com seus problemas.

Basicamente, o que encontramos em nosso estudo está de acordo com a literatura disponível sobre o assunto. No entanto, até o momento, poucos estudos sobre traços de personalidade e TEPT usaram o modelo dos cinco grandes fatores. A nosso ver, a importância principal de conhecer a personalidade por trás do TEPT jaz na capacidade de compreendermos nossos pacientes da forma mais completa possível, da forma mais acolhedora e compreensiva, uma vez que, como profissionais da saúde, entendemos todo sofrimento envolvido nesse transtorno e seu poder limitante.

Entrar em contato com esses traços de personalidade nos permite também promover o melhor tratamento possível para o transtorno, sem esquecer, é claro, que cada indivíduo é único. As terapias diferem consideravelmente em sua estrutura, direcionamento, profundidade, interação interpessoal. Por este motivo, torna-se importante a tentativa de combinar o tratamento com o tipo de personalidade da pessoa, razão esta que nos levou ao interesse de também estudar quais traços de personalidade poderiam ser preditores de melhora do paciente após terapia cognitivo-comportamental (TCC), considerada o padrão ouro de tratamento para tal transtorno (Foa; Rothbaum, 1998; Tarrier et al., 1999; Foa; Rothbaum, 2001; Foa et al., 2007).

Assim, em uma segunda análise, com o objetivo de responder a esta pergunta, encontramos em nossa pesquisa que o domínio conscienciosidade e outras duas facetas de personalidade, a assertividade (faceta da extroversão) e ações variadas (faceta da abertura para experiência), apresentaram relação com o desfecho positivo da TCC. Vale ressaltar que os resultados referentes a essas facetas não são estatisticamente relevantes.

Quanto ao domínio de personalidade conscienciosidade, pessoas com esse perfil de personalidade são conhecidas por serem organizadas, determinadas, disciplinadas, possuem muita força de vontade, são escrupulosas, pontuais e confiáveis. Em virtude dessas características, são mais propensas a aderir ao tratamento, trabalhar duro na terapia, tolerar o desconforto e adiar a gratificação de seus desejos e impulsos. Esse resultado é consistente com o estudo já citado de Van Emmerik et al. (2011). Outras duas pesquisas, realizadas por Grille et al. (2013) e Ogradnickuk et al. (2003), também obtiveram achados semelhantes. O primeiro autor estudou essa relação com pacientes jogadores patológicos, utilizando-se da TCC; o segundo utilizou dois tipos de tratamento para pacientes com luto patológico, dentre os quais a terapia interpretativa e a terapia de apoio. Em ambas as pesquisas, os autores concluíram que o fator conscienciosidade estava relacionado ao desfecho positivo do tratamento.

Miller (1991), a partir de observações de sua própria prática clínica com 119 pacientes com diversos transtornos mentais, também concluiu que alto escore nesse domínio estava significativamente correlacionado com

resultado positivo ao tratamento e apontou que o sucesso na psicoterapia depende implicitamente do esforço realizado por parte do paciente.

A TCC para pacientes com TEPT é um tipo de terapia que preconiza que entrar em contato com as situações e lembranças temidas é a melhor forma de superar o evento traumático (Foa; Rothbaum, 1998; Paunovic; Ost, 2001). Desta forma, tal tratamento exige certa disposição do paciente para enfrentar e tolerar o desconforto, além de muita força de vontade, determinação e disciplina, características presentes em pessoas que possuem conscienciosidade elevada (Costa; McCrae, 1992). É claro observar que, em nossa amostra, os pacientes que mais se beneficiaram da TCC foram aqueles que de fato apresentavam tal perfil de personalidade. Embora 50% da amostra que tinham baixa conscienciosidade também tenham apresentado melhoras com o tratamento, observou-se que, em contrapartida, 100% dos que apresentaram alto escore nesse traço melhoraram com a TCC.

Já a faceta *assertividade* diz respeito a pessoas independentes, que tendem a tomar as rédeas da própria vida e são líderes naturais (Costa; McCrae, 1992; Flores-Mendonza, 2007). Possuem autoconfiança e são proativos. Embora não encontremos registros na literatura associando esta faceta especificamente com a melhora do tratamento, acredita-se que pessoas com tal disposição podem se beneficiar mais da psicoterapia, já que possuem características fortes que irão levá-las a seguir em frente com o tratamento, independentemente de suas dificuldades. Outro ponto forte dessa faceta é a capacidade da pessoa em expor a sua opinião. Em virtude

disso, elas tendem a ser mais comunicativas, o que possivelmente facilita a interação terapeuta-cliente e pode ajudar com que estes pacientes confiem mais no tratamento oferecido e, mesmo diante das dificuldades comuns, permaneçam nele.

A faceta *ações variadas* é conhecida por características como uma disposição da pessoa para realizar atividades diferentes, conhecimento de novos lugares, ideias e situações (Costa; McCrae, 1992; Flores-Mendonza, 2007). Assim como na assertividade, em relação a esta faceta também não foi possível encontrar literatura. Entretanto, se consideramos a TCC para pacientes com TEPT como um tratamento que foge do convencional, podemos entender por que pacientes com tais características se beneficiaram deste tipo de tratamento. Quando o paciente com TEPT chega em uma instituição pública à procura de tratamento psicológico para o seu transtorno, depara-se com esse tipo de terapia que de fato talvez não fosse exatamente o que ele estava esperando. Afinal, pacientes que passaram por algum tipo de evento traumático raramente querem ter de entrar em contato com as circunstâncias, situações e lembranças do trauma. Isso gera ansiedade e um incrível desconforto com o qual o paciente não quer lidar. Entre as ferramentas utilizadas nesse tipo de tratamento, encontra-se a exposição a situações e estímulos que lembram o trauma e a exposição imaginária à situação traumática repetidas vezes. Embora a TCC tenha, em sua maior parte, evidências positivas quanto a sua efetividade, alguns trabalhos salientam dificuldades do paciente em aderir e tolerar a técnica. De acordo com Hembree et al. (2003), a taxa de desistência ao tratamento era

de 20,5%, principalmente no que diz respeito às técnicas de exposição e 22,1% para a terapia cognitiva. Portanto, para aceitar e conseguir se beneficiar de fato de tal tratamento, pode ser necessário um pouco das características relacionadas acima. Afinal, uma disposição para realizar atividades fora do convencional e conhecer novas ideias pode ser especialmente importante para que o paciente se dê uma chance de experimentar o tratamento e possa mais adiante verificar seus resultados.

Esse trabalho possui limitações que devem ser ressaltadas. O número de pacientes que finalizaram a terapia é limitado e, por isso, novas pesquisas com amostras maiores são necessárias. Além disso, considera-se que os resultados podem variar de acordo com o tipo de trauma sofrido e a duração do transtorno. Por ser uma amostra pequena e com diferentes tipos de trauma, não foi possível examinar a associação entre as dimensões do NEO e a resposta ao tratamento para cada tipo de evento traumático.

Os pontos fortes do estudo foram a utilização do modelo dos cinco grandes fatores de personalidade, representado pelo inventário de personalidade NEO-PI-R. Esse estudo possibilitou entrarmos em contato com a personalidade dos pacientes com TEPT, além de avaliar quais traços e facetas de personalidade poderiam prever melhor resultado na TCC.

6 Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Harkness e Lilienfield, em 1997, descreveram em seu artigo que a terapia não é diferente de qualquer outra situação interpessoal na sua capacidade de encantar, acolher, seduzir ou até mesmo entediar ou afastar o paciente. Assim, se procuramos seu engajamento e permanência na terapia, encontrar o tratamento de acordo para cada paciente torna-se uma estratégia importante.

O TEPT é um transtorno grave e limitante. Ainda não tão conhecido por nossa população, diversas pessoas sofrem dessa doença sem ao menos saber do que se trata e as formas de intervenções disponíveis. Quando encontram o tratamento, por vezes estão afastados de sua rotina há tempos, não conseguem conviver em sociedade como anteriormente, encontram-se cansados e desesperançados. Ao propormos realizar um trabalho para explorar a personalidade e a relação com o tratamento terapêutico, tem-se como objetivo tornar o tratamento mais eficaz para cada um desses pacientes, levando em consideração todo o sofrimento envolvido nesse tipo de transtorno. Muitos estudos seriam necessários para termos maior conhecimento sobre quais tipos de personalidade se beneficiam de determinadas formas de terapia e esse trabalho é muito inicial, tendo no momento como propósito apenas trazer os clínicos para essa reflexão. Se podemos diminuir o sofrimento e aumentar as chances de sucesso no tratamento, visando que esta pessoa possa retornar a sua vida e a sua família, acredita-se que vale a pena o esforço.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Observamos que nossos pacientes são mais neuróticos, porém possuem escores baixos nos domínios extroversão, amabilidade, conscienciosidade e abertura para experiência, suportando em parte nossa primeira hipótese. Embora, em nossa amostra, a amabilidade seja baixa, quando comparada à população normal ela apresenta-se dentro do esperado com o público brasileiro. Em relação à resposta ao tratamento e sua correlação com os traços de personalidade, observa-se que um de nossos achados está de acordo com a segunda hipótese deste trabalho. Concluimos que a conscienciosidade apresenta uma tendência de valor preditivo de resposta positiva ao tratamento. Quanto às facetas de personalidade também associadas ao desfecho positivo da terapia (assertividade e ações variadas), nossos achados não foram encontrados na literatura; no entanto, este trabalho é muito inicial e, portanto, necessitamos de uma amostra maior para que possamos provar nossos dados.

8 Anexos

ANEXO A

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: TRAÇOS DE PERSONALIDADE DE PACIENTES COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

Pesquisador Responsável: Francisco Lotufo Neto

Versão: 1

Pesquisador Executante: Paula Lellis de Vitto

CAAE: 08554813.0.0000.0068

Co-autores:

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Instituição: HCFMUSP

Departamento: PSIQUIATRIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 9630

Número do Parecer: 294.092

Data da Relatoria: 05/06/13

Apresentação do Projeto: O presente projeto visa Avaliar traços de personalidade em pacientes com TEPT crônico, subclínico ou parcial, e sua variação após tratamento farmacológico e /ou psicoterápico.

Objetivo da Pesquisa: Objetivos Específicos: 1. Verificar se os traços de personalidade são diferentes nos pacientes com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós Traumático comparados aos que apresentam apenas a forma subclínica ou parcial; 2. Verificar se ocorrem mudanças nos traços de personalidade após o tratamento farmacológico e psicoterápico; 3. Comparar traços de personalidade de pacientes que recusaram ou desistiram da psicoterapia com os que efetivamente a aceitaram e realizaram.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Os pacientes receberão intervenção psicoterapica. Pacientes com Estresse Pós-Traumático atendidos no Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP recebem habitualmente tratamento farmacológico.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.

55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br



Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: objetivos bem definidos e metodologia adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: TCLE bem escrito, dirigido ao participante da pesquisa e linguagem de fácil compreensão.

Recomendações: Sem pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: Não.

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com o item IX.2 da Resolução CNS nº 196/96 – cabe ao pesquisador: **a)** desenvolver o projeto conforme delineado; **b)** elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **c)** apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; **d)** manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; **e)** encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; **f)** justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 05 de Junho de 2013

Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa-CAPPesq

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

ANEXO B

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO:.....CIDADE.....
 CEP:.....TELEFONE: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO:.....CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Traços de Personalidade e resposta ao tratamento de pacientes com Transtorno de Estresse Pós Traumático.
2. PESQUISADOR : .Francisco Lotufo Neto
 CARGO/FUNÇÃO: .Docente. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM 36108
 UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria
 Paula Lellis de Vitto – psicóloga, CRP SP - 0695749
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>
4. DURAÇÃO DA PESQUISA :12 a 15 semanas (1 hora em cada semana)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -HCFMUSP

Cada um de nós tem um jeito de ser. Existem questionários que ajudam o psicólogo a entender melhor as dificuldades das pessoas. Você irá fazer um tratamento para o estresse pós-traumático durante 12 semanas. Queremos saber se o tratamento recebido ajuda você a se sentir melhor. Antes do tratamento você responderá questionários e eles serão repetidos ao final dele. Os tratamentos oferecidos são medicamentos e psicoterapia (terapia comportamental cognitiva). Você será convidado para ambas as modalidades de tratamento e poderá escolher apenas uma, caso deseje. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Você poderá desistir do tratamento sem qualquer prejuízo. O principal investigador é o Dr. *Francisco Lotufo Neto*, que pode ser encontrado no endereço Departamento de Psiquiatria – Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 05403-010, telefone(s) 3069-6988. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, fax: 3069-6442 ramal 26 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br. As informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e não será divulgado o nome de nenhum paciente. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

ASSINATURA DO PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL DATA ___/___/___

Assinatura da Testemunha (para casos de pacientes menores de 18 anos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

(Somente para o responsável do projeto)

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

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

9 Referências

9 REFERÊNCIAS

Agresti A. *Categorical data analysis*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley; 2002.

Alexander DA, Wells A. Reactions of police officers to body-handling after a major disaster. A before-and-after comparison. *Br J Psychiatry*. 1991;159: 547-555.

Allport G. *Psicologia de la personalidad*. (Personality: A psychological interpretation). Buenos Aires: Paidós; 1961.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.

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

An YY, Fu F, Wu XC, Lin C, Zhang Y. Longitudinal relationships between neuroticism, avoidant coping, and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *Journal of Loss and Trauma*. 2013;18(6):556-571.

Anastasi A, Urbina S. *Testagem psicológica*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Bagby RM, Quilty LC, Segal ZV, McBride CC, Kennedy SH, Costa Jr PT. Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*. 2008;53(6):361-70.

Berenz ECM, Vujanovic AA, Bonn-Miller MO, Bernstein A, Zvolensky MJ. Multimethod study of distress tolerance and PTSD symptom severity in a trauma exposed community sample. *J Trauma Stress*. 2010;23(5):623-630.

Bienvenu OJ, Stein MB. Personality and anxiety disorders: A review. *J Pers Disord*. 2003;17(2):139-151.

Blanchard EB, Hickling EJ, Malta LS, Jaccard J, Devineni T, Veazey CH, Galovski TE. Prediction of response to psychological treatment among motor vehicle accident survivors with PTSD. *Behavior Therapy*. 2003;34(3):351-363.

Bliwise DL, Friedman L, Nekich JC, Yesavage JA. Prediction of outcome in behaviorally based insomnia treatments. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1995;26(1):17-23.

Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T, Jonker K, Hoencamp E, Haffmans PM, van Dyck R. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *J Affect Disord*. 2007;104(1-3):119-126.

Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull*. 2004;130(6):887-919.

Bolger N, Schilling EA. Personality and the problems of everyday life: the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *J Pers*. 1991;59(3):355-386.

Borja SE, Callahan JL, Rambo PL. Understanding negative outcomes following traumatic exposure: The roles of neuroticism and social support. *Psychol Trauma*. 2009;1(2):118-129.

Breslau N, Schultz L. Neuroticism and post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychol Med.* 2013;43(8):1697-1702.

Breslau N, Davis GC, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiatry.* 1995;152(4):529-35.

Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(4):431-437.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(3):216-222.

Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Mastrodomenico J, Nixon RD, Creamer M. A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(4):695-703.

Caminha RM. *Transtorno do estresse pós-traumático – da neurobiologia à terapia cognitiva.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Carlier IV, Lamberts RD, Gersons BP. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(8):498-506.

Carmo C, Leal I. Comportamento alimentar e dimensões de personalidade numa amostra não-clínica. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro: Universidade de Algarve; 2006.

Casella L, Motta RW. Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychol Rep.* 1990;67(2):595-605.

Caska CM, Renshaw KD. Personality traits as moderators of the associations between deployment experiences and PTSD symptoms in OEF/OIF service members, 2013. *Anxiety Stress Coping*. 2013;26(1):36-51.

Christensen MV, Kessing LV. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nord J Psychiatry*. 2006;60(2):79-88.

Chung MC, Berger Z, Rudd H. Comorbidity and personality traits in patients with different levels of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction. *Psychiatry Res*. 2007;152(2):243-252.

Chung MC, Berger Z, Jones R, Rudd H. Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction (Post-MI PTSD) among older patients: the role of personality. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(12):1163-1174.

Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. *Compr Psychiatry*. 2010;51(1):55-63.

Clark AA, Owens GP. Attachment, personality characteristics, and posttraumatic stress disorder in US veterans of Iraq and Afghanistan. *J Trauma Stress*. 2012;25(6):657-664.

Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*. 1994;103(1):103-116.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):975-990.

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(6):573-588.

Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*. 1992;4:5-13.

Dancey CP, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicologia – Usando o SPSS para Windows*. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2006.

Davidoff LL. *Introdução à psicologia*. (Auriphebo Berrance Simões e Maria das Graças Lustosa, trad.). São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1983.

Davidson J, Kudler H, Smith R. Personality in chronic post-traumatic stress disorder: A study of the eysenck inventory. *J Anxiety Disord*. 1987;1(4):295-300.

Davidson JR, Stein DJ, Shalev AY, Yehuda R. Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(2):135-147.

De Fruyt F, Van de Wiele I, Van Heeringen C. Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*. 2000;29(3):441-452.

De Pinho CCM. *Taxonomia brasileira da personalidade: Um estudo dos adjetivos da língua portuguesa [Tese de Doutorado em Psicologia]*. Campinas: PUC-Campinas; 2005.

Deumens RA, Noorthoorn EO, Verbraak MJ. Predictors for treatment outcome of binge eating with obesity: A naturalistic study. *Eat Disord*. 2012;20(4):276-287.

Devilley GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*. 1999;13(1):131-157.

Ehlers A, Clark DM, Dunmore E, Jaycox L, Meadows E, Foa EB. Predicting response to exposure treatment in PTSD: the role of mental defeat and alienation. *J Trauma Stress*. 1998;11:457-471.

Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, Mayou R. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(10):1024-1032.

Engelhard IM, van den Hout MA, Kindt M. The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: A prospective study. *Personality and Individual Differences*. 2003;35(2):381-388.

Engelhard IM, van den Hout MA, Weerts J, Hox JJ, van Doornen LJP. A prospective study of the relation between posttraumatic stress and physical health symptoms. *Int J Clin Health Psychol*. 2009;9(3):365-372.

Eysenck HJ. Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*. 1990;58(1):245-259.

Fadiman J, Frager R. *Teorias da personalidade*. (Camila Pedral Sampaio e Sybil Safdié, trad.). São Paulo: Editora Harbra; 1986.

Fauerbach JA, Lawrence JW, Schmidt Jr CW, Munster AM, Costa Jr PT. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(8):510-517.

Feist J, Feist GJ, Roberts TA. *Theories of personality*. Columbus: McGraw-Hill Education; 2008. 672 p.

Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo. 2003;25(Supl I):12-62.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0. 9/98 revision). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, november 2002.

Flores-Mendoza C. *Inventário de personalidade NEO revisado NEO PI-R*–Manual. São Paulo: Vetor Editora; 2007.

Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD* – emotional processing of traumatic experiences – therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford; 1998.

Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press; 2001.

Foa EB, Rothbaum RO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive–behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(5):715-723.

Forbes D, Creamer M, Hawthorne G, Allen N, McHugh T. Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related Posttraumatic Stress Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 2003;191(2):93-99.

Franco FM. *Validade fatorial e por critério externo do EPQ-J*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

Friedman HS, Schustack MW. Perspectivas do traço e da habilidade sobre a personalidade. In: Friedman HS, Schustack MW (Orgs.). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2004. p.261-300.

Friedman MJ. PTSD revisions proposed for DSM-5, with input from array of experts. *Psychiatric News*. 2010 May 21;45(10):8-33

Frota PMP. Relação entre coping, traços de personalidade e apoio social e suas repercussões em sobreviventes de queimaduras graves. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2010.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de temperamento e caráter de Cloninger – validação da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.363-76.

Grille IR, Gomà-i-Freixanet M, Aragay N, Valero S, Vallès V. The role of personality in the prediction of treatment outcome in pathological gamblers: A follow-up study. *Psychol Assess*. 2013;25(2):599-605.

Guerrero R. Violence is a health issue. *Bull World Health Organ*. 2002;80(10):767.

Guy W. *Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, (ed) ECDEU; 1976.

Hansenne M. *Psicologia da personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores; 2004.

Harkness AR, Lilienfeld SO. Individual differences science for treatment planning: Personality traits. *Psychol Assess*. 1997;9(4):349.

Hembree EA, Foa EB, Dorfman MN, Street GP, Kowalski J, Tu X. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J Trauma Stress*. 2003;16(6):555-562.

Hettema JM, Neale MC, Myers JM, Prescott CA, Kendler KS. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):857-864.

Holeva V, Tarrier N. Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *J Psychosom Res*. 2001;51(5):687-692.

Hughes JG, Thompson J. Post traumatic stress disorder: An evaluation of behavioural and cognitive behavioural interventions and treatments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1994;1(3):125-142.

Hutz CS, Nunes CHS da S, Silveira AD, Serra JG, Anton MC, Wieczorek LS. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicol Reflex Crít*. 1998;11(2):395-409.

Hyer L, Braswell L, Albrecht B, Boyd S, Boudewyns P, Talbert S. Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *J Clin Psychol*. 1994;50(5):699-707.

Jakšić N, Brajković L, Ivezić E, Topić R, Jakovljević M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Danub*. 2012;24(3):256-266.

James LM, Van Kampen E, Miller RD, Engdahl BE. Risk and protective factors associated with symptoms of post-traumatic stress, depression, and alcohol misuse in OEF/OIF veterans. *Mil Med*. 2013;178(2):159-165.

Jaycox LH, Zoellner L, Foa EB. Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *J Clin Psychol*. 2002;58(8):891-906.

Karatzias A, Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V. Predicting treatment outcome on three measures for post-traumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(1):40-46.

Klein MH, Wonderlich S, Shea MT. Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In: Klein MH, Wonderlich S, Shea MT (Eds.). *Personality and depression: A current view*. New York, NY: Guilford Press; 1993. pp. 1-54.

Knežević G, Opacic G, Savic D, Priebe S. Do personality traits predict post-traumatic stress?: a prospective study in civilians experiencing air attacks. *Psychol Med*. 2005;35(5):659-663.

Kotov R, Games W, Schmidt F, Watson D. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2010;136(5):768-821.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-1088.

LaFauci-Schutt JM, Marotta SA. Personal and environmental predictors of posttraumatic stress in emergency management professional. *Psychol Trauma*. 2011;3(1):8-15.

Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol*. 2009;64(4):241-256.

Lara D. *Temperamento e humor. uma abordagem integrada da mente*. Porto Alegre: Observatório Gráfico; 2011. 195 p.

Lauterbach D, Vrana S. The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *J Trauma Stress*. 2001;14(1):29-45.

Lawrence JW, Fauerbach JA. Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors. *J Burn Care Rehabil*. 2003;24(1):64-72.

Lu W, Yanos PT, Gottlieb JD, Duva SM, Silverstein SM, Xie H, Rosenberg SD, Mueser K. Use of fidelity assessments to train clinicians in the CBT for PTSD program for clients with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2012;63(8):785-792.

Mari JdeJ, Mello MFde, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(3):183-184.

Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(4):317-325.

Matzopoulos R, Bowman B, Butchart A, Mercy JA. The impact of violence on health in low-to middle-income countries. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008;15(4):177-187.

McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers*. 1992;60(2):175-215.

McCrae RR, Terracciano A; Personality Profiles of Cultures Project. Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *J Pers Soc Psychol*. 2005;88(3):547.

McCrae RR. O que é personalidade? In: McCrae RR, Flores-Mendonza C. (Org.). *Introdução à Psicologia das diferenças individuais*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 203-218.

McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *Br J Psychiatry*. 1988;152(1):116-121.

McNally RJ. Can we fix PTSD in DSM-V?. *Depress Anxiety*. 2009;26(7):597-600.

Mendes DD, Mello MF, Ventura P, de Medeiros Passarela C, de Jesus MJ. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(3):241-259.

Miller TR. The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: a clinician's experience. *J Person Assess*. 1991;57(3):415-433.

Millon T, Escovar LA. La personalidad y los trastornos de personalidad: una perspectiva ecológica. In: Caballo V. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. 2ªed. Madrid: Siglo XXI; 1996.

Natrielli Filho DGN. *Neurobiologia da personalidade* 2002. Disponível em: http://www.Psiquiatriageral.com.br/psicopatologia/neurobiologia_da_personalidade.htm.

Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied linear statistical models*. 4ª ed. U.S.A.: Times Mirror Higher Education Group; 1996. 1408 p.

Nightingale J, Williams RM. Attitudes to emotional expression and personality in predicting post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol*. 2000;39(Pt 3):243-254.

Nunes CHSS, Hutz CS. Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psico-USF*. 2006;11(2):147-155.

Nunes CHSS, Hutz CS, Nunes MFO. *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.

O'Connor M. A longitudinal study of PTSD in the elderly bereaved: [corrected] prevalence and predictors. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):310-318.

Ogle CM, Rubin DC, Siegler IC. Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging Ment Health*. 2014;18(3):316-325.

Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS. NEO-five factor personality traits as predictors of response to two forms of group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2003;53(4):417-442.

Ormel J, Oldehinkel AJ, Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(10):990-996.

Parslow RA, Jorm AF, Christensen H. Associations of pre-trauma attributes and trauma exposure with screening positive for PTSD: Analysis of a community-based study of 2,085 young adults. *Psychol Med*. 2006;36(3):387-395.

Paunovic N, Öst LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther*. 2001;39(10):1183-1197.

Pervin LA, John OP. *Personalidade: teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Phares J. Introduction to personality. 4ª ed. Ohio: Columbus; 1984

Quilty LC, De Fruyt F, Rolland JP, Kennedy SH, Rouillon PF, Bagby RM. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *J Affect Dis.* 2008;108(3):241-250.

R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing.* Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2014. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.

Ramos RT. Transtorno da personalidade e transtornos de ansiedade. In: Louzã Neto, MR, Cordás T. *Transtornos de personalidade.* Porto Alegre: Artmed; 2011.

Rector NA, Bagby RM, Huta V, Ayearst LE. Examination of the trait facets of the five-factor model in discriminating specific mood and anxiety disorders. *Psychiatry Res.* 2012;199(2):131-139.

Rector NA, Richter MA, Bagby RM. The impact of personality on symptom expression in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(4):231-236.

Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(5):748-756.

Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(4):867-879.

Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(supl. 2):49-57.

Ribeiro WS, de Jesus MJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, Figueira I, Bressan RA, de Mello MF, Prince M, Ferri CP, Coutinho ES, Andreoli SB. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2013;8(5):e63545.

Richman H, Frueh C. Personality and PTSD II: Personality assessment of PTSD - diagnosed Vietnam veterans using The Cloninger Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *Depress Anxiety*. 1997;6(2):70-77.

Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violence: a priority for public health? (part 2). *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(9):764-770.

Sbardelloto G, Schaefer LS, Justo AR, Kristensen CH. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência, 2011. *Psico USF*. 2011;16(1):67-73.

Schnurr PP, Friedman MJ, Rosenberg SD. Preliminary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *Am J Psychiatry*. 1993;150:479-483.

Schoedl AF, Costa MCP, Mari JJ, Mello MF, Tyrka AR, Carpenter LL, Price LH. The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *J Child Sex Abus*. 2010;19(2):156-170.

Scholte RHJ, De Bruyn EEJ. Comparison of the Giant Three and the Big Five in early adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(6):1353-1371.

Schultz DP, Schultz SE. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Thompson Learning Edições; 2006.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, , Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):22-33.

Silva BS, Nakano TC. Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*. 2011;1(10):51-62.

Silva RS, Schlottfeldt CG, Rozenberg MP, Santos MT, Lelé AJ. Replicabilidade do modelo dos cinco grandes fatores em medidas de personalidade. *Mosaico: Estudos em Psicologia*. 2007;1(1):37-49.

Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA Educational Program on Personality Disorders. *World Psychiatry*. 2008;7(2):119-125.

Soler-Ferrería FB; Sánchez-Meca J, López-Navarro JM; Navarro-Mateu F. Neuroticismo y trastorno por estrés postraumático: un estudio meta-analítico *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88(1):17-36.

Talbert FS, Braswell LC, Albrecht IW, Hyer LA, Boudewyns PA. NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. *J Clin Psychol*. 1993; 49(5):663-669.

Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H, Faragher B. Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of post-traumatic stress disorder. *Behav Res Therapy*. 2000;38:191-202

Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, Barrowclough C. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(1):13-18.

Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(2):330.

Tomaz RSR; Zanini DS, De Faria MRRB. Desenvolvimento de uma medida para avaliação de personalidade baseado no modelo "Big Five". *Fragmentos de Cultura*. 2013;23(4):507-514.

Tupes EC, Christal RE. Recurrent personality factors based on trait ratings. *J Pers*. 1992;60(2):225-251.

Valente NLM, Fiks JP, Vallada H, Mello MFD. Evolutionism and genetics of posttraumatic stress disorder. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [online]*. 2008;30(1), suppl.:0.

Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Noordhof A, Emmelkamp PM. Catch me if you can: do the five-factor model personality traits moderate dropout and acute treatment response in post-traumatic stress disorder patients? *Psychother Psychosom*. 2011;80(6):386-388.

Van Minnen, Arntz A, Keijsers GP. Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behav Res Ther*. 2002;40(4):439-457.

Walsh K, Elliott JC, Shmulewitz D, Aharonovich E, Strous R, Frisch A, Weizman A, Spivak B, Grant BF, Hasin D, Hasin D. Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and risk for alcohol, nicotine, and marijuana dependence in Israel. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):621-630.

Wang Y, Wang H, Wang J, Wu J, Liu X. Prevalence and predictors of posttraumatic growth in accidentally injured patients. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(1):3-12.

Yehuda R. *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999.

Yuan C, Wang Z, Inslicht SS, McCaslin SE, Metzler TJ, Henn-Haase C, Marmar CR. Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Res*. 2011;188(1):45-50.

Yule W. *Post-traumatic stress disorders: concepts and therapy*. v. 39. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2003.

Zoellner T, Rabe S, Karl A, Maercker A. Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *J Clin Psychol*. 2008;64(3):245-263.