

Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico

José Maria Montiel - Universidade São Francisco¹
Alessandra Gotuzo Seabra Capovilla - Universidade São Francisco
Arthur de Almeida Berberian - Universidade São Francisco
Fernando César Capovilla - Universidade de São Paulo

Resumo

A ansiedade tem componentes psicológicos e fisiológicos, e é caracterizada por sensações de antecipação, medo ou apreensão associadas com excitação e reatividade autônoma. Embora sintomas depressivos possam estar presentes, tendem a ser secundários ou menos graves, sendo caracterizados por manifestações afetivas de intensidade ou de frequência inadequadas. O transtorno de pânico, um tipo específico de distúrbio de ansiedade, caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente sobre ter outro ataque ou sobre suas conseqüências. Este estudo avaliou a presença de sintomas depressivos em 20 pacientes com transtorno de pânico e correlacionou sua frequência com o nível de ansiedade. Resultados revelaram que 76% dos participantes apresentaram depressão significativa. Houve, ainda, correlação positiva entre os escores no Inventário Beck de Depressão e no Inventário Beck de Ansiedade, sugerindo que, no transtorno do pânico, quanto maior a ansiedade, tanto maior a depressão.

Palavras-chave: avaliação psicológica, transtorno de ansiedade, depressão.

Incidence of depressive symptoms in panic disorder

Abstract

The emotional state of anxiety has psychological and physiological components, characterized by anticipatory feelings, fear and apprehension associated with autonomic arousal and reactivity. Despite the depressive symptoms may be present in a secondary and lesser degree, they are characterized by affective manifestations with inadequacy in terms of intensity and/or frequency. Panic disorder is a particular type of anxiety disorder manifested by recurrent and unexpected panic episodes, which tend to be followed by at least one month of persistent preoccupation with respect to the possibility of having a new panic episode and its consequences. This study assessed the presence of depressive symptoms in twenty panic disorder patients, and the correlation between symptom frequency and anxiety level. Results revealed significant depression in 76% of the participants, and a significant positive correlation between Beck Depression and Beck Anxiety Inventories, thus suggesting that, in panic disorder, the higher the anxiety level, the bigger the depression level.

Keywords: psychological assessment, anxiety disorder, depression.

A ansiedade é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos (Marks, 1987) e é caracterizada por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas com grau de grande excitação e reatividade autônoma (Sharma, Andriukaitis & Davis, 1995). Para Marks (1987), a ansiedade faz parte dos sentimentos normais, tornando-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Os distúrbios de ansiedade são definidos em termos de características como o tipo de manifestações

(episódica ou persistente), os fatores desencadeantes (problemas físicos ou psicológicos) e se estão ou não associados a outros transtornos mentais (Andrade & Gorenstein, 2000). A incidência dos transtornos de ansiedade varia em função dos critérios de avaliação diagnósticos utilizados (Hoehn-Saric & Mcleod, 1988). O cálculo da incidência também é dificultado pelo fato de que alguns dos sintomas podem ocorrer devido a outros distúrbios psiquiátricos ou outras condições médicas associadas (Tucker, 1997).

Dados de Gliatto (2000) sugerem uma incidência de aproximadamente de 4 a 6 indivíduos em 100, sen-

Endereço para correspondência

Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, Itatiba, SP, 13.251-040 – montieljm@hotmail.com.

¹ Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Universidade São Francisco.

do mais comum em mulheres do que em homens. Para Antai-Otong (2003), as manifestações dos transtornos de ansiedades são os mais prevalentes e incapacitantes dos transtornos psiquiátricos, comumente ocasionando prejuízos no funcionamento e na qualidade de vida destes pacientes. Suas causas parecem ser multidimensionais e freqüentemente seus portadores procuram serviços de saúde de diferentes especialidades médicas (Fishel, 1998).

As manifestações de sintomas ansiosos de modo paroxístico são denominadas ataque de pânico (Bernik, 1999); os sintomas surgem de forma súbita tendo um tempo estimado de aproximadamente 10 minutos. A Organização Mundial de Saúde (1993) também caracteriza ataques de pânico individuais como tendo duração de apenas alguns minutos, podendo por vezes ser mais prolongados. A freqüência dos ataques e o curso do transtorno podem ser variáveis, dependendo das circunstâncias e dos padrões de pensamentos. Por definição, o ataque de pânico não deve ser resultado de excitações físicas ou de situações reais de ameaça à integridade do indivíduo.

Um ataque de pânico inicia-se com um período de extrema apreensão, medo ou terror intenso. Progressivamente os sintomas se intensificam e são avaliados como maiores que a capacidade do indivíduo de desconsiderá-los ou de reagir de forma efetiva, gerando manifestações como taquicardia, sensações de calor e frio, sudorese, tremores ou agitação, parestesias, medo de morrer, de descontrolar-se, de ficar louco, dispnéia, vertigem, despersonalização, desrealização e desconfortos físicos (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

O transtorno de pânico, um dos vários distúrbios de ansiedade, caracteriza-se pela ocorrência de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente sobre ter um outro ataque, sobre as implicações do ataque e suas conseqüências, ou com uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques (Associação Psiquiátrica Americana, 2002). Os ataques não são ligados a situações ou predispostos por situações, com ocorrência repentina, tendo como características apreensão, medo, intenso terror e freqüentemente sentimentos de incapacidade (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Essas reações surgem diante da interpretação do indivíduo de situações catastróficas eminentes (Williams, Mathews & MacLeod, 1996). As piores no estado clínico e nos sintomas podem promover sensações de desrealização e desper-

sonalização, de desmaio, medo de morrer e enlouquecer e a sintomas físicos importantes, como taquicardia (Cassano et al. 1989).

Estudos indicam que indivíduos com esse transtorno tendem a fazer uma associação excessiva entre estímulos relevantes e medos aversivos, sendo este um modo poderoso de confirmação as suas expectativas de perigo (p. ex., Wiedemann, Pauli & Dengler, 2001). Ou seja, pacientes com transtorno de pânico especificamente exageram a associação entre estímulos relevantes de pânico (p. ex., taquicardia, hiperventilação) e as suas conseqüências negativas (p. ex., infarto, sufocação). Essa expectativa de contingência distorcida é específica a sintomas de pânico, não sendo observada em relação a outras sensações, e é conseqüência do valor ameaçador exagerado atribuído, pelo indivíduo, àquela sensação, o que tende não somente a causar o transtorno, mas também a mantê-lo.

As comorbidades psiquiátricas ocasionam freqüentemente maior severidade dos sintomas ansiosos (Potokar & Nutt, 2000) e maior prejuízo cognitivo (Paradiso & Robinson, 1998). Especificamente em relação ao transtorno de pânico, é freqüente haver comorbidades, que podem ser prévias ou desenvolvidas de forma secundária (Dick, Bland & Newman, 1994). Comumente o transtorno de pânico apresenta, por exemplo, comorbidades relacionadas ao uso de álcool ou abuso de outras substâncias químicas (Pollack & Marzol, 2000). Estimativas sugerem que de 25% a 28% dos pacientes apresentam uso ou abuso de álcool e outras substâncias psicoativas ou histórico de uso de álcool anterior às crises (Bear, Connors & Paradiso, 2002; Reich & Chaudry, 1987).

Outras patologias também podem estar associadas ao transtorno de pânico de ansiedade, sendo que 14,3% dos pacientes apresentam também agorafobia; 23,8% apresentam fobia social; 4,6%, fobias simples; 13,6%, transtorno de ansiedade generalizada; 27,3%, depressão maior; 4,6%, depressão recorrente; 6,3%, distímia; 9,5%, insônia e 19,1% apresentam alcoolismo (Angst & Wicki, 1993). Em dados mais recentes (Antony & Swinson, 2000), os ataques de pânico apresentam diagnóstico adicional de transtorno obsessivo-compulsivo em 5,3% dos casos; de fobia social em 23,4%; de fobias específicas em 31,9%; de transtorno de ansiedade generalizada em 18,1%; de transtorno de estresses pós-traumáticos em 3,2%; de transtornos depressivos em 11,7%; de transtornos distímicos em 6,4% e de transtornos somatoformes em 6,2% dos casos.

Por sua vez, os dados de Grunhaus (1988) corroboram o fato de que os transtornos depressivos são as comorbidades mais frequentes do transtorno de pânico, após outros distúrbios de ansiedade, com incidência estimada de 15% a 30%. Estima-se que 20% dos indivíduos com transtorno de pânico tenham vulnerabilidade para tentativas de suicídio (Hirschfeld, 1996). Essa vulnerabilidade é mais presente quando há comorbidades associadas, especialmente transtornos de humor (Henriksson e cols., 1996). Nesses casos, o prognóstico é bem menos favorável, principalmente devido ao próprio paciente avaliar-se como cognitivamente incapaz para lidar com a situação e sua condição (Schmidt, Woolaway-Bickel & Bates, 2001).

Os transtornos de humor e episódios depressivos são caracterizados por manifestações afetivas inadequadas, em parte por sua intensidade e frequência, e tendem a afetar de 2 a 12% da população urbana brasileira durante a vida (Almeida Filho e cols., 1997; Andrade, Lolio, Gentil & Laurenti, 1999). Esses sintomas podem envolver sentimentos de tristeza, incluindo perda do interesse ou prazer em situações que eram prazerosas até o início dos sintomas e manifestações de choro; sintomas vegetativos, como alterações no período de sono seja por insônia ou hipersonia, alterações no apetite e no peso, fadiga e possível perda da libido; alterações motoras, como inibição ou retardo nos comportamentos, manifestações de agitação ou inquietação; manifestações sociais inadequadas, como apatia, isolamento, sensações de incapacitação no desempenho atividades diversas; alterações cognitivas, manifestas em sentimentos de desesperança, culpa, desamparo, indecisões, alterações no julgamento, podendo apresentar ideias suicidas; manifestações de irritabilidade, hostilidade e agressões corriqueiras (Associação Psiquiátrica Americana, 2002; Blackburn, Roxborough, Muir, Glabus & Blackwood, 1990).

Freqüentemente pacientes com transtornos de ansiedade tendem a desenvolver alguns desses sintomas depressivos (Gorman & Coplan, 1996). Nesse contexto, ocorrem com mais frequência crises de choro, alterações frequentes de humor, sensações de fadiga, isolamento ou retraimento social, perda do prazer ou do interesse em atividades diárias, irritabilidade, possíveis manifestações relacionadas a déficits cognitivos (Kessler et al., 1998).

A associação entre sintomas ansiosos e depressivos não parece ser devida a um funcionamento cognitivo comum, visto que tais quadros estão relacionados

a diferentes tipos de funcionamento. Assim, enquanto pacientes ansiosos tendem a focar uma possível ameaça física ou psicológica, pacientes depressivos tendem a focar perdas pessoais e possibilidades de fracassos em suas atitudes. Parece, em vez disso, que os sintomas característicos de depressão são resultantes do sofrimento ocasionado pelos sintomas e comprometimentos gerados pelo quadro de ansiedade (p. ex., pelos ataques de pânico) (Clark & Watson, 1991). O presente trabalho buscou investigar a relação entre ansiedade e depressão em pacientes com transtorno de pânico. Para tanto, correlacionou-se o nível de ansiedade e o nível de depressão em pacientes com tal transtorno.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 20 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo a média de idade dos participantes de 32 anos. Todos os indivíduos apresentavam transtorno de pânico, segundo os critérios da Associação Psiquiátrica Americana - DSM-IV-TR (2002), conforme dados coletados durante a entrevista de anamnese, e tinham desempenho caracterizado como sintomático em um instrumento de avaliação de sintomas de transtorno de pânico e agorafobia, a Escala para Pânico e Agorafobia (Ito & Ramos, 2000).

Materiais

Avaliação de ansiedade

Para a avaliação da ansiedade foi usado o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), que avalia sintomas característicos de ansiedade. O inventário é composto de 21 e um itens relacionados à presença de sintomas ansiosos (Cunha, 2001). Para cada item o sujeito deve escolher um entre quatro níveis de ansiedade, ou seja, deve escolher um ponto numa escala likert de quatro pontos, variando de 0 a 3, que evoluem quanto ao grau de intensidade dos sintomas, sendo 0 correspondente a “ausente”; 1 correspondente a “suave, não me incomoda muito”; 2 correspondente a “moderado, é desagradável, mas consigo suportar”; 3 correspondente a “severo, quase não consigo suportar”. No caso do sujeito escolher mais de um nível, deve ser registrado sempre o de maior intensidade.

A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, variando de 0 a 63 pontos. Se-

gundo o manual de aplicação do instrumento (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), um escore total de até 10 pontos indica ausência de sintomas ansiosos; um escore variando entre 11 e 19 pontos indica ansiedade leve a moderada; entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada; entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave, sendo considerado o escore de 21 pontos como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa.

O inventário encontra-se adaptado para o português, com dados de precisão e validade (Cunha, 2001), tendo sido mantidos os mesmos escores do original para classificar os diferentes níveis de intensidade dos sintomas ansiosos. A correlação entre teste e reteste variou de 0,53 a 0,56 e há evidências de validade de conteúdo por concordância com os critérios para o distúrbio de ansiedade segundo o DSM-IV-TR (Associação Psiquiátrica Americana, 2002). A validade convergente por correlação com o IDATE foi significativa, com $r = 0,78$ na correlação com o aspecto Traço e com $r = 0,76$ na correlação com o aspecto Estado. O instrumento discriminou entre grupos de indivíduos com sintomas psiquiátricos, com queixas físicas e sem queixas específicas, mostrando evidências de validade discriminante.

Em relação aos pontos de corte (isto é, a determinação dos critérios para avaliação do nível de intensidade dos sintomas ansiosos), Cunha (2001) ressalta que esse ponto deve considerar a amostra dos sujeitos avaliados e os objetivos dessa avaliação. Por exemplo, nos processos de triagem de sujeitos com hipóteses de sintomas ansiosos, é sugerida a diminuição dos limites superiores dos escores; no caso de pesquisas, é sugerido o aumento dos limites dos escores.

Inventário Beck de Depressão (BDI)

Para a avaliação de sintomas depressivos foi usado o Inventário Beck de Depressão – BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), tradução de Cunha (2001), que avalia sintomas característicos de depressão, discriminando graus de intensidade dos sintomas. O inventário é composto por 21 categorias de sintomas e atitudes, relacionados à presença de manifestações comportamentais, cognitivas, afetivas e somáticas de sintomas depressivos, incluindo humor, tristeza, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, desejo de autopuni-

ção, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido.

Para cada categoria o sujeito deve escolher uma pontuação que julgue ser a que mais demonstra sua condição, numa escala de 0 a 3, sendo que 0 corresponde à ausência de sintomas depressivos e 3, à presença de sintomas intensos. Assim, quanto maior a pontuação do sujeito, maior a intensidade dos sintomas. Caso os escores fiquem entre 0 e 9 pontos, atribui-se ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; pontuações de 10 a 18 pontos são atribuídas à depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos depressão moderada a grave e de 30 a 63 pontos depressão grave. O escore de 21 pontos pode ser considerado como indicativo da existência de sintomas depressivos clinicamente significativos. Não há tempo determinado para a aplicação, podendo ser realizada por um avaliador ou em auto-aplicação.

Na adaptação brasileira (Cunha, 2001), os critérios para a classificação dos níveis de intensidade dos sintomas depressivos são um pouco diferentes, sendo que escores de 0 a 11 demonstrariam grau depressivo mínimo; de 12 a 19, sintomas leves; de 20 a 35, sintomas moderados; de 36 a 63, sintomas graves de depressão. Segundo Cunha (2001), a população em geral apresenta escore total entre 18 e 19 pontos.

A precisão pelo procedimento teste-reteste do BDI variou de 0,48 a 0,86 (Cunha, 2001). Há evidências de validade de conteúdo por concordância com os critérios para episódio de depressão maior, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2002), e evidências de validade convergente por correlação com a Escala de Depressão de Hamilton ($r = 0,45$), com a Escala de Depressão de Montgomery-Asberg ($r = 0,62$) e com a Escala de Lentificação Motora de Wüdlöcher ($r = 0,58$). O instrumento discriminou entre grupos com sintomas psiquiátricos de depressão, com queixas físicas e sem queixas específicas de forma significativa, revelando evidências de validade discriminante. Segundo Andrade e Gorenstein (1998), a consistência interna do Inventário foi de 0,81.

Procedimento

Inicialmente, para cada participante, foram elucidados os objetivos do estudo e, após a leitura e assi-

natura do termo de consentimento, os participantes foram avaliados em uma única sessão individual. Foram aplicados a entrevista de anamnese; a Escala para Pânico e Agorafobia (Ito & Ramos, 2000); o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) e o Inventário Beck de Depressão – BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), tradução de Cunha (2001).

Resultados e discussão

A Tabela 1 resume dados sobre sexo e idade dos participantes, bem como suas pontuações totais no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e no Inventá-

rio de Depressão de Beck (BDI). Os dados encontram-se ordenados, de forma crescente, pela pontuação no BAI.

Como resumido na Tabela 1, a pontuação média obtida no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) foi de 42,3 pontos, com desvio-padrão de 7,48 pontos. Usando os critérios da escala (Cunha, 2001), observa-se que um participante apresentou ansiedade moderada, que corresponde a pontuações entre 20 e 30, e 19 apresentaram ansiedade grave, com pontuações iguais ou superiores a 31 pontos. É interessante observar que todos os participantes tiveram presença de ansiedade clinicamente significativa, ou seja, escores acima de 21 pontos (Cunha, 2001).

Tabela 1 – Dados sobre sexo e idade dos participantes, e pontuações totais no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e no Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Participantes	Sexo	Idade	BAI	BDI
1	F	31	30	14
2	F	28	32	7
3	F	22	34	19
4	M	43	35	17
5	M	42	36	33
6	F	27	36	23
7	M	49	37	23
8	F	24	38	15
9	F	31	40	21
10	F	27	41	19
11	F	31	45	21
12	F	22	46	35
13	F	40	46	34
14	F	35	47	46
15	F	25	47	17
16	F	21	47	18
17	F	52	47	28
18	M	22	50	31
19	F	32	53	29
20	F	28	59	30
Média		31,6	42,3	24,0

O escore médio no Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi de 24 pontos, com desvio-padrão de 9,05 pontos. Dos 20 participantes avaliados, um apresentou grau depressivo mínimo; sete apresentaram sintomas leves; onze, sintomas moderados; um, sintomas graves de depressão. Escores iguais

ou maiores que 21 pontos, conforme apontado na descrição do instrumento, são indicativos de sintomas depressivos clinicamente significativos. Considerando tal ponto de corte, constata-se que 12 participantes, ou seja, 60% apresentaram depressão significativa.

Tabela 2 – Descrição, para cada um dos 21 itens do BAI, de média de acerto, desvio-padrão, correlação item-total e alfa no teste se o item fosse excluído

Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	Alfa se item fosse excluído
1	1,15	0,75	0,18	0,77
2	1,55	0,94	0,11	0,78
3	1,70	0,66	0,30	0,76
4	2,65	0,59	0,19	0,77
5	2,75	0,55	0,30	0,77
6	2,00	0,97	0,35	0,76
7	2,25	0,71	0,50	0,75
8	1,50	0,94	0,44	0,75
9	2,05	0,89	0,36	0,76
10	2,70	0,47	0,32	0,77
11	2,15	0,87	0,56	0,75
12	1,80	1,10	0,47	0,75
13	1,95	0,82	0,27	0,77
14	2,60	0,60	0,44	0,76
15	1,90	0,79	0,64	0,75
16	2,30	1,22	0,34	0,77
17	2,55	0,76	0,42	0,76
18	1,70	1,03	0,01	0,79
19	1,60	0,99	0,47	0,75
20	1,45	0,99	0,24	0,77
21	1,85	1,04	0,28	0,77

Foram calculados os coeficientes de precisão nos Inventários Beck de Ansiedade e de Depressão. Para o Inventário de Ansiedade, o alfa de Cronbach foi de 0,78 e o coeficiente de Spearman-Brown, de 0,82. A Tabela 2 resume, para cada um dos 21 itens, média de acerto, desvio-padrão, correlação item-total e alfa no teste se o item fosse excluído.

Para o Inventário de Depressão, o alfa de Cronbach foi de 0,81 e o coeficiente de Spearman-Brown, de 0,78. A Tabela 3 resume, para cada um dos 21 itens, média de acerto, desvio-padrão, correlação item-total e alfa no teste se o item fosse excluído. Observa-se, portanto, que os coeficientes de precisão foram satisfatórios tanto para o Inventário de Ansiedade quanto para o Inventário de Depressão, estando, até mesmo, acima do intervalo relatado por Cunha (2001) de coeficientes de precisão pelo procedimento teste-reteste para o BAI, que variaram de 0,53 a 0,56, e dentro do intervalo para o BDI, que variaram de 0,48 a 0,86.

Análises de correlação de Pearson entre os escores nos Inventário de Depressão e de Ansiedade

e as idades dos participantes em anos revelaram correlação negativa significativa entre sintomas de depressão e idade, com $r = -0,46$ e $p = 0,041$. Quanto maior a idade dos participantes, menor tendeu a ser a pontuação no Inventário de Depressão. Não houve, porém, correlação significativa entre idade e pontuação no Inventário de Ansiedade.

Análise de correlação de Pearson entre os escores no Inventário de Depressão de Beck e no Inventário Beck de Ansiedade revelaram efeito significativo, com $r = 0,57$ e $p = 0,009$. Tal resultado sugere que, quanto maior o grau de sintomas de ansiedade, maior tende a ser o grau de sintomas de depressão.

Tais dados sugerem que indivíduos com sintomas de ansiedade tendem a apresentar sintomas de depressão em comorbidade com a manifestação dos sintomas ansiosos, corroborando os dados de Gorman e Coplan, (1996); Grunhaus (1988); Montgomery (1993); Potokar e Nutt (2000) e Rosenberg (1993). Segundo tais autores, os transtornos depressivos são as comorbi-

Tabela 3 – Descrição, para cada um dos 21 itens do BDI, de média de acerto, desvio-padrão, correlação item-total e alfa no teste se o item fosse excluído.

Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	Alfa se item fosse excluído
1	1,30	0,92	0,80	0,79
2	1,20	0,90	0,72	0,79
3	1,10	0,91	0,59	0,79
4	1,10	0,79	0,36	0,80
5	1,00	0,91	0,50	0,80
6	1,20	1,50	0,71	0,80
7	0,75	0,55	0,56	0,80
8	1,40	0,82	0,60	0,80
9	0,30	0,47	0,09	0,81
10	1,25	1,02	0,26	0,81
11	1,40	0,89	0,10	0,82
12	0,95	0,76	0,12	0,81
13	1,40	1,09	0,46	0,80
14	0,95	0,94	0,50	0,80
15	1,30	0,80	0,50	0,80
16	1,55	1,23	0,21	0,81
17	1,40	0,82	0,26	0,81
18	,090	0,79	0,04	0,82
19	0,85	1,04	0,01	0,82
20	1,25	0,96	0,16	0,81
21	1,50	1,19	0,53	0,80

dades freqüentes nos transtornos ansiosos, que variam em torno de 15% a 30% durante os episódios de ataques de pânico e de 55% a 70% durante a incidência do transtorno de pânico e ao longo da vida de tais pacientes. É importante ressaltar, porém, a natureza correlacional, e não causal, de tais achados. Ou seja, apesar de haver uma tendência de que quanto maior a gravidade dos sintomas de ansiedade, maior a gravidade dos sintomas de depressão, não é possível afirmar, puramente a partir desses dados qual é a causa ou o distúrbio primário (se houver) que leva aos demais distúrbios.

Comentários finais

O presente estudo demonstrou que transtornos de ansiedade, especificamente o transtorno de pânico, apresentam forte relação com características de sintomas depressivos, evidenciando que, quanto maior o grau de sintomas de ansiedade, tanto maior tende a ser o grau de sintomas de depressão. Tal resultado é compatível com a bibliografia revista e com os dados

de Mattis e Ollendick (2002), segundo os quais indivíduos que sofrem ataques de pânico apresentam tendências a níveis altos de sensibilidade ansiosa e atribuições negativas internas.

A relação entre ansiedade e depressão pode ser observada em alguns sintomas comuns aos transtornos de ansiedade e de humor. Por exemplo, as alterações na atenção (Dalgarrondo, 2000; Kremen, Seidman, Faraone, Pepple & Tsuang, 1992), que ocasionam comprometimentos na seleção de informações e conseqüente desorganização em diferentes atividades cotidianas (Kenny & Meltzer, 1991). Outro aspecto comum a ambos os transtornos é a importância da linguagem e das estratégias de codificação de informações (Beck e cols., 1988). Assim, em ambos os distúrbios há a presença de pensamentos “disfuncionais”, sendo a modificação de tais pensamentos uma técnica central na terapia (Beck e cols., 1988), visando à substituição de interpretações errôneas, tornando os pensamentos mais realistas e positivos (Matuzas, Jack, Andriukaitis, Olson & Hernandez, 1995).

Deve-se ressaltar, porém, que, apesar da correlação significativa entre presença de sintomas ansiosos e depressivos, esta foi moderada, com o valor de 0,57. Isso indica que, apesar de haver características similares entre os sintomas de ansiedade e os de depressão, uma parte substancial de tais sintomas se diferencia, preservando a individualidade de cada quadro.

Assim, apesar da evidente correlação entre sintomas ansiosos e depressivos obtida no presente estudo, explicações mais detalhadas são necessárias. Não é claro, por exemplo, se há relações de causa e efeito que entre ambas as sintomatologias. Além disso, este estudo foi conduzido especificamente com um distúrbio de ansiedade, o transtorno de pânico, e com um número modesto de participantes. Estudos futuros devem ser conduzidos com maior número de participantes e com outros tipos de distúrbios de ansiedade de forma a evidenciar, com maior propriedade, a relação destes com a depressão, analisando também, com maiores detalhes, os sintomas e o funcionamento cognitivo comum a ambos os quadros.

Referências

- Almeida-Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., França, J. F., Fernandes, J., Andreoli, S. B. & Busnello, E. D. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 171, 524-529.
- Andrade, L. & Gorenstein, C. (2000). Aspectos gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. Em: C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Org.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 139-144). São Paulo: Lemos.
- Andrade, L. H. S. G., Lolio, C. A., Gentil, V. & Laurenti, R. (1999). Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26, 257-261.
- Angst, J. & Wicki, W. (1993). The epidemiology of frequent and less frequent panic attacks. Em S. A. Montgomery (Org.). *Psychopharmacology of panic*. *British Association for Psychopharmacology Monograph No. 12* (pp. 07-24). New York: Oxford University Press.
- Antai-Otong, D. (2003). Anxiety disorders: treatment considerations. *Nursing clinics of North America*, 38 (1), 35-44.
- Antony, M. M. & Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: a guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. (2ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books Publishers.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Bernik, M. A. (1999). Ansiedade Normal e Patológica. Em: M. A. Bernik (Org.). *Benzodiazepínicos*. (pp. 59-67). São Paulo: EDUSP.
- Blackburn, I. M., Roxborough, H. M., Muir, W. J., Glabus, M. & Blackwood, D. H. R. (1990). Perceptual and psychological dysfunction in depression. *Psychological Medicine*, 20, 95-103.
- Cassano, G. B., Petracca, A., Perugi, G., Toni, C., Tundo, A. & Roth, M. (1989). Desrealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agorafobia. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (1), 5-12.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). A tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck. Tradução e adaptação brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dick, C. L., Bland, R. C. & Newman, S. C. (1994). Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 45-53.
- Fishel, A. H. (1998). Nursing management of anxiety and panic. *Nursing Clinics of North America*, 33 (1), 135-151.
- Gliatto, M. F. (2000). Generalized anxiety disorder. *American Family Physician*, 62 (7) 1591-1602.
- Gorman, J. M. & Coplan, J. D. (1996). Co-morbidity of depression and panic disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 57, 34-41. (Suppl. 10).
- Grunhaus, L. (1988). Clinical and psychobiological characteristics of simultaneous panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 145 (10), 1214-1221.

- Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J. & Lönnqvist, J. K. (1996). Panic disorder in completed suicide. *Journal Clinical Psychiatry*, 57 (7), 275-281.
- Hirschfeld, R. M. A. (1996). Panic disorder: diagnosis, epidemiology, and clinical course. *Journal Clinical Psychiatry*, 57, 3-8. (Suppl. 10).
- Hoehn-Saric, R. & Mcleod, D. R. (1988). Panic and generalized anxiety disorders. Em: C. G. Last & M. Hersen (Orgs.). *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Ito, L. M. & Ramos, R. T. (2000). Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 294-302.
- Kenny, J. T. & Meltzer, H. Y. (1991). Attentional and higher cortical functions in schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3 (3), 269-275.
- Kessler, R. C., Stang, P. E., Hans-Ulrich, W., Ustun, T. B., Roy-Burne, P. P. & Walters, E. E. (1998). Lifetime panic depression co-morbidity in the national co-morbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 55 (9), 801-808.
- Kremen, W. S., Seidman, L. J., Faraone, S. V., Pepple, J. R. & Tsuang, M. T. (1992). Attention/information-processing factors in psychotic disorders. *Journal Nervous Mental Disorders*, 180, 89-93.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. New York: Oxford University Press.
- Mattis, S. G. & Ollendick, T. H. (2002). Nonclinical panic attacks in late adolescence prevalence and associated psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (4), 351-367.
- Matuzas, W., Jack, E., Andriukaitis, S., Olson, D. & Hernandez, G. G. (1995). Transtorno de Pânico, Fobias e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Em J. A. Flaherty, J. M. Davis & P. G. Janicak (Orgs.). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. (2ª ed, pp. 174-182). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Montgomery, S. A. (1993). The areas of clinical and biological advance in panic disorder: an introduction. Em S. A. Montgomery (Org.). *Psychopharmacology of Panic. British Association for Psychopharmacology Monographies*. (pp. 1-6). New York: Oxford University Press.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação internacional das doenças. Classificação dos transtornos mentais e comportamentais da CID-10* (10ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paradiso, S. & Robinson, R. G. (1998). Gender differences in post-stroke depression. *Journal of Neuropsychiatry Clinical*, 10 (1), 41-47.
- Pollack, M. H. & Marzol, P. C. (2000). Panic: course, complications and treatment of panic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 14 (2/1), 25-30.
- Potokar, J. P. & Nutt, D. J. (2000). Chest pain: panic attack or heart attack? *International Journal of Clinical Practice*, 54 (2), 110-114.
- Reich, J. & Chaudry, D. (1987). Personality of panic disorder, alcohol abusers. *Journal Nervous Mental Disorders*, 175, 224-228.
- Rosenberg, R. (1993). Drug treatment of panic disorder. *Pharmacology & Toxicology*, 72 (6), 344-353.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K. & Bates, M. (2001). Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (6), 635-649.
- Sharma, R., Andriukaitis, S. & Davis, J. M. (1995). Estados Ansiosos. Em J. A. Flaherty, J. M. Davis & P. G. Janicak (Orgs.). *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. (2ª ed., pp. 148-153). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tucker, G. J. (1997). Distúrbios psiquiátricos na prática clínica. Em J. C. Bennett & F. Plum (Orgs.). *Cecil Tratado de Medicina Interna*. (20ª ed., Vol. 2, pp. 2204-2214). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Wiedemann, G., Pauli, P. & Dengler, W. (2001). A priori expectancy bias in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15 (5), 401-412.
- Williams, J. M. G., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120 (1), 3-24.

Recebido em: agosto/2005
 Revisado em: novembro/2005
 Aprovado em: dezembro/2005

Sobre os autores:

José Maria Montiel é psicólogo, mestre e doutorando em Psicologia pela Universidade São Francisco (bolsista CAPES).

Alessandra Gotuzo Seabra Capovilla é psicóloga, doutora e pós-doutorada em Psicologia pela Universidade de São Paulo; docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Bolsista de Produtividade do CNPq e coordenadora de projeto do Programa de Apoio a Jovens Pesquisadores da Fapesp.

Arthur de Almeida Berberian é discente do curso de Psicologia e aluno do Programa de Iniciação Científica da Universidade São Francisco.

Fernando César Capovilla é psicólogo, Ph.D. em Psicologia Experimental e livre-docente em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo; docente e coordenador do Laboratório de Neuropsicolinguística Cognitiva Experimental da Universidade de São Paulo (bolsista de Produtividade do CNPq).